

# Dsm-5 ve Cinsel İşlev Bozuklukları

## Sexual Dysfunctions and Dsm-5

Cem İNCESU

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

### ÖZET

Bu yazıda, yakın gelecekte Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından son şekli verilecek olan DSM-5 sınıflandırma sistemindeki cinsel işlev bozuklukları tanımlarında önerilen değişikliklerin ve gerekçelerinin gözden geçirilmesi hedeflenmektedir. Ayrıca, DSM-5'in cinsel işlev bozuklukları sınıflandırmasında dikkati çeken temel noktaları ve Hiperseksüel Bozukluk, Genito-Pelvik Ağrı/Birleşme Bozukluğu ve Cinsel İlgil/Uyarılma Bozukluğu gibi yeni önerilen tanımlar da tartışılacaktır. (*Nöropsikiyatri Arşivi 2011; 48 Özel Sayı 1: 1-6*)

**Anahtar kelimeler:** DSM-5, sınıflandırma, cinsel işlev bozuklukları

### ABSTRACT

The aim of this paper is to provide an overview of the proposed revisions and rationales for diagnosis of sexual dysfunctions in the DSM-V which will be finalized by the American Psychiatric Association (APA) in the near future. The remarkable key points in the DSM-V in the classification of sexual dysfunctions and the new proposed diagnoses like hypersexual disorder, genito-pelvic pain/penetration disorder and sexual interest/arousal disorder will also be discussed. (*Archives of Neuropsychiatry 2011; 48 Supplement 1: 1-6*)

**Key words:** DSM-5, classification, sexual dysfunction

### Giriş

Çeşitli ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalar, cinsel işlev bozukluklarının yaşam boyu prevalansının %30-50 arasında değiştiğini, genel olarak kadınlarda daha sık ortaya çıktığını, en sık rastlanan cinsel işlev bozukluğunun kadınlarda cinsel istek azlığı, erkeklerde ise erken boşalma olduğunu, diğer sık rastlanan sorunların ise erkeklerde sertleşme bozuklukları ve cinsel istek azlığı ile kadınlarda orgazm bozuklukları ve cinsel ağrı bozuklukları olduğunu ortaya koymaktadır. Farklı kültür ve toplum yapılarına, yaş, cinsiyet, eşlik eden bedensel ve psikiyatrik hastalıklara göre tanı dağılımları ve oranlarda değişiklikler olsa da yüksek prevalans oranları bütün dünyada birbirine benzemektedir (1-4).

Cinsel yaşamda karşılaşılan sorunların çözümü konusunda geçtiğimiz yüzyıl içerisinde çok önemli gelişmeler olmakla birlikte, cinsel sorunların çok etkenli biyolojik doğası, psikososyal ve kültürel unsurlardan kolayca etkilenen kırılğan yapısı gibi

nedenlerle yeni bin yıla girerken bu alan kafa karışıklığının sürdüğü bir alan durumundaydı. Tıp dünyasında varolan önyargılar, cinsellik ve cinsel işlevlerin uzun yıllar tıbbın bir alanı gibi görülmemesi, tıp ve uzmanlık eğitimlerinde yeterince yer verilmemesi gibi sorunlar cinsel işlev bozukluklarının tanımlanması, sınıflandırılması ve tedavilerinin gelişmesinde bir engel oluşturmuştur. Bu sorunlar günümüzde de kısmen sürmektedir.

1960'lı yıllarda Masters ve Johnson çiftinin insan cinselliğini laboratuvar ortamında ilk kez sistematik biçimde incelemeleri, bulgularına dayanarak oluşturdukları ve başta Helen Singer Kaplan olmak üzere çeşitli terapistler tarafından sonraki yıllarda daha da geliştirilen cinsel terapiler, 1980'li yıllarda AIDS'in ortaya çıkması ve özellikle 1990'lı yıllardan itibaren ilaç endüstrisinin cinsellik alanına odaklanması ile birlikte tıp dünyasındaki bu önyargılı bakış önemli ölçüde yıkılmıştır.

Tüm dünyada yaygın biçimde uygulanan cinsel terapilerin etkinlikleri değerlendirildiğinde Masters ve Johnson'ın açıkladığı tedavi başarı oranları bugün artık "iddialı" bulunsa da, so-

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Cem İncesu, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye  
E-posta: cem.incesu@tnn.net

© Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır. / © Archives of Neuropsychiatry, published by Galenos Publishing. All rights reserved.

nuçların hala yüz güldürücü olduğunu görmekteyiz. Ancak yüksek tedavi başarı oranları, cinsel terapiler alanında ek eğitim almış, süpervizyon altında hasta izlemiş ve yeterli bilgi ve deneyimi olan sınırlı sayıdaki klinisyenler tarafından uygulandığında gerçekleşmektedir. Cinsel terapilerin çeşitli kısıtlılıklarının bulunması bu tedavi yönteminin yaygın kesimlere ulaşmasında engeller oluşturmaktadır (1-6).

Cinsel sorunların etiyojisiinde temel unsurun psikososyal etkiler olduğu, çözümünün ise ancak psikoterapötik yaklaşımlarla sağlanabileceği şeklindeki görüşler, teknolojinin ve tanı araçlarının gelişmesi, cinsel sorunların tanı ve tedavi sürecinde "tıbbi modelin" öne çıkmaya başlaması ve ilaç endüstrisinin güçlü biçimde bu alana girmesi ile değişikliğe uğradı. Başta sertleşme bozuklukları olmak üzere genel olarak cinsel bozukluklarda organik etiyojinin daha önce düşünülenenden daha fazla olduğu görüşü tıp dünyasına egemen olmaya başladı. Bunun sonucunda, oral ilaç tedavileri gibi cinsel terapilere oranla daha pratik, yaygın kullanılabilir, kısa süreli ve nesnel olarak ölçülebilir tedavi yöntemleri tıp dünyasının kullanımına sunulmaya başlandı (1,7).

Tüm bu gelişmeler, 21. yüzyılın başında cinsel işlev bozukluklarının tanım ve sınıflandırılmalarına da yansdı. Önceleri farklı disiplinlerin farklı bakış açıları üzerinden yapılan tanım ve sınıflandırmalar, zamanla disiplinler arası ortak ve bir sınıflandırmaya doğru evrilmeye başladı. Cinsel işlev bozukluklarının multidisipliner doğası ve cinsel tedavilerde farklı disiplinlerin işbirliği zorunluluğu disiplinler arası ortak bir tanım ve sınıflandırma gereksini-

mini ortaya çıkardı. Özellikle son 10 yılda, cinsel işlev bozuklukları alanında baş döndürücü biçimde artan araştırma ve yayıncılık bu ortak sınıflandırmaya ciddi bir altyapı sağladı.

DSM-3 (8) ile birlikte psikiyatrik hastalıkların nesnel ölçütlerle göre tanım ve sınıflandırılmasında niteliksel bir dönüşüm yarayan psikiyatri dünyası, DSM-3-R (9), DSM-4 (10) ve DSM-4-TR (11) ile bu süreci sürdürdü. Artık gündeme DSM-5 damgasını vurmaya hazırlanmaktadır. DSM-4-TR ile diğer psikiyatrik sınıflandırma sistemi olan ICD-10'a ortak bir tanımlamaya önemli ölçüde yaklaşan Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), cinsel işlev bozuklukları alanında disiplinler arası benzeri bir çabayı DSM-5'te yapmaya aday gözükmektedir. DSM-5'in 2010 yılı Ekim ayında yayımlanan taslağında (12), cinsel işlev bozuklukları alanında ciddi değişiklikler yapıldığı dikkat çekmektedir. Gerçi önümüzde DSM 5'in kesin şeklini alacağı 2013 yılına kadar uzun bir süre vardır. Eleştiriler ve öneriler doğrultusunda bir dizi değişiklik olabilir. Ancak yine de unutmamak gerekir ki, bu taslağın ortaya çıkması yıllar süren uzun çalışmalar sonucu olmuştur. Önerilen değişikliklerin ciddi bir altyapısı bulunmaktadır.

Bu yazıda DSM-5 taslağında cinsel işlev bozukluklarında önerilen değişiklikler gözden geçirilecektir. Aslında tüm cinsel bozukluklara ilişkin değişiklik önerileri vardır, ancak konunun genişliği nedeniyle bu yazının kapsamı yalnızca cinsel işlev bozukluklarındaki değişikliklerle sınırlı tutulmuştur. DSM-5'te getirilen değişiklik önerilerini, bu öneriler ortaya konarken savunulan kavramları gözden geçirirken, son 10-20 yıl içerisinde cinsel işlev bozuklukları alanında dünya çapında gündeme gelen ge-

**Tablo 1.** Dsm-5 taslağında yer alan tüm cinsel işlev bozuklukları ile ilgili genel görünüm

<p>■ <b>DSM-5'e eklenen yeni cinsel işlev bozuklukları</b></p> <p>Hiperseksüel bozukluk</p> <p>Kadınlarda cinsel ilgi/uyarıma bozukluğu</p> <p>Genitopelvik ağrı/birleşme bozukluğu</p> <p>Genel tıbbi bir duruma bağlı cinsel işlev bozukluğu</p>
<p>■ <b>DSM-5'den çıkarılması düşünülen cinsel işlev bozukluğu</b></p> <p>Cinsel tiksinti bozukluğu</p>
<p>■ <b>DSM-5'te başka bir tanı kapsamında yer alacak olan cinsel işlev bozuklukları</b></p> <p>Kadınlarda cinsel uyarılma bozukluğu</p> <p>Disparoni (genel bir tıbbi duruma bağlı olmayan)</p> <p>Vajinismus (genel bir tıbbi duruma bağlı olmayan)</p> <p>Kadınlarda genel tıbbi bir duruma bağlı hipoaktif cinsel istek bozukluğu</p> <p>Erkeklerde genel tıbbi bir duruma bağlı hipoaktif cinsel istek bozukluğu</p> <p>Erkeklerde genel tıbbi bir duruma bağlı erektil bozukluk</p> <p>Kadınlarda genel tıbbi bir duruma bağlı disparoni</p> <p>Erkeklerde genel tıbbi bir duruma bağlı disparoni</p> <p>Kadınlarda genel tıbbi bir duruma bağlı diğer cinsel işlev bozukluğu</p> <p>Erkeklerde genel tıbbi bir duruma bağlı diğer cinsel işlev bozukluğu</p>
<p>■ <b>DSM-5'te yer alacak ve eskiden de var olan cinsel işlev bozuklukları</b></p> <p>Hipoaktif cinsel istek bozukluğu (Erkeklerde)</p> <p>Erkeklerde erektil bozukluk</p> <p>Kadın orgazm bozukluğu</p> <p>Erkek orgazm bozukluğu</p> <p>Erken boşalma</p> <p>Başka türlü adlandırılmayan cinsel işlev bozukluğu</p>

lişmeleri de ve yeni yaklaşım tarzlarını da gözden geçirmek mümkündür.

### DSM-5 ve Cinsel İşlev Bozuklukları

DSM-5 taslağında, cinsel bozuklukların sınıflandırılmasına genel olarak bakış Tablo 1'de (12) verilmiştir. Genel bakışta, 4 yeni cinsel işlev bozukluğunun tanımlandığı, 1 bozukluğun (Cinsel Tiksinti Bozukluğu) tamamen çıkarıldığı ve toplam 10 cinsel bozukluğun kaldırılarak yeni tanımlanan 4 bozukluk kapsamına alındığı görülmektedir (12).

Yeni tanımlanan cinsel işlev bozukluklarından "Hiperseksüel Bozukluk" daha önce sınıflandırma sisteminde ayrı bir kategori olarak bulunmayan, genel olarak ihmal edilen hatta reddedilen ve DSM 4-TR'da "Başka Türü Adlandırılmayan Cinsel Bozukluk" vb. diğer tanımlar kapsamında ele alınan bir bozukluktu. Şimdi DSM-5'te kendine özgü tanı ölçütleri, alt belirleyenleri ve şiddetini ölçen unsurlarıyla ayrı bir bozukluk olarak yerini almaktadır. "Kadınlarda Cinsel İlgil/Uyarılma Bozukluğu," daha önceki "Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu" ve "Kadınlarda Cinsel Uyarılma Bozukluğu" ile belki erkekleri de kapsayacak tek bir tanı kategorisine dönüştürülmektedir. "Genitopelvik Ağrı/Birleşme Bozukluğu" ise, kadınlarda daha önceki "Vajinismus (Genel bir Tıbbi Duruma Bağlı Olmayan)" ve "Disparoni (Genel bir Tıbbi Duruma Bağlı Olmayan)" tanımlarını birleştiren bir tanı olmaktadır. "Genel Tıbbi bir Duruma Bağlı Cinsel İşlev Bozukluğu" tanısının da, daha önce "Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı" başlığı altında ayrı ayrı tanımlanan tüm cinsel işlev bozukluklarını tek bir tanı altında toplama amacıyla oluşturulmuştur.

DSM-5'te ayrıca cinsel işlev bozukluklarının alt belirleyenleri yeniden daha ayrıntılı ve kapsamlı biçimde tanımlanmıştır (Tablo 2) (12). Daha önce var olan yaşam boyu (ilk cinsel etkinlikten bu yana)/edinilmiş ve yaygın/durumsal gibi alt belirleyenlere, partner etkeni (partnerin cinsel sorunları, partnerin sağlık durumu vb.), ilişkiden kaynaklanan etkenler (örn. zayıf iletişim, ilişkide çatışma, cinsel istek uyumsuzluğu), bireysel etkenler

**Tablo 2.** DSM-5 taslağında yer alan cinsel işlev bozuklukları alt belirleyenleri

- 1) Yaşam boyu (ilk cinsel etkinlikten bu yana)/Edinilmiş
- 2) Yaygın/Durumsal
- 3) Partner faktörü (partnerin cinsel sorunları, partnerin sağlık durumu vb.)
- 4) İlişki faktörleri (örn. zayıf iletişim, ilişkide çatışma, cinsel istek uyumsuzluğu)
- 5) Bireysel faktörler (örn. depresyon ve kaygı, zayıf beden imajı, geçmişte istismara maruz kalınması)
- 6) Kültürel/dinsel etkenler (örn. cinselliğe yönelik yasaklardan kaynaklanan ket vurma)
- 7) Prognoz, seyir ve tedavi ile ilgili tıbbi faktörler

**Tablo 3.** Sertleşme bozukluğu

- A. En az 6 ay süreli olarak cinsel ilişkilerin tümünde veya neredeyse tümünde, cinsel etkinlik sonuçlanana kadar sertleşmeyi sağlayamama, sürdürmemeye veya yetersiz sertleşme.
- B. Bu problem klinik anlamda belirgin bir sıkıntıya ve bozukluğa neden olur.
- C. Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir Eksen I bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz (başka bir cinsel işlev bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

(örn. depresyon ve kaygı, zayıf beden imajı, geçmişte istismara maruz kalınması), kültürel/dinsel etkenler (örn. cinselliğe yönelik yasaklardan kaynaklanan ket vurma) ve son olarak prognoz, seyir ve tedavi ile ilgili tıbbi etkenler gibi daha kapsayıcı ve tanımlayıcı alt belirleyenler eklenmiştir.

Cinsel işlev bozukluklarının biyopsikososyal boyutu, çok etkenli, çok kültürlü ve çok boyutlu doğası düşünüldüğünde, DSM-5'teki bu değişiklik olumlu bir ilerleme olarak görülebilir. Artık klinisyenler herhangi bir cinsel işlev bozukluğu tanısını koyduklarında, alt belirleyenler aracılığıyla, o işlev bozukluğunu etkileyen unsurları çok yönlü olarak belirtme şansına sahip olacaklardır. Bu alt belirleyenlerin daha tanı aşamasında belirtilecek olması yalnızca klinisyenleri daha dikkatli ve ayrıntılı bir öykü almaya zorlamayacak, aynı zamanda uzmanlık eğitimlerinde halen ihmal edilmekte olan "cinsel öykü alma" eğitim ve becerilerinin geliştirilmesi için teşvik edici bir unsur da olacaktır. Cinsel terapiler ve cinsel tedaviler açısından bakıldığında da yeni alt belirleyenler olumludur. Cinsel işlev bozukluklarını yeni ve kapsamlı alt belirleyenler ışığında değerlendirme ve tanı koyma alışkanlığı, cinsel tedaviyi yapacak olan klinisyenin işini kolaylaştıracağı gibi, tedavi başarı oranlarını da olumlu yönde etkileme potansiyeline sahiptir.

DSM-5'te önerilen değişiklikler esas olarak üç temel amaç üzerine oturtulmuştur:

**Birinci amaç,** günümüzün "kanıta dayalı tıp" anlayışından yola çıkarak, özellikle üroloji ve jinekoloji gibi diğer tıp disiplinlerinden psikiyatri alanına yöneltilen "tanımlamaların yeterince nesnel, ölçülebilir ve sınımlanabilir olmaması" eleştirilerinin dikkate alınmasıdır. Bu amaca ulaşmak için bir çok cinsel işlev bozukluğunda tanı konulabilmesi için "6 ay gibi belirli bir sürenin geçmiş olması" ya da erken boşalma örneğinde olduğu gibi "cinsel birleşmenin ilk 1 dakikası içerisinde boşalmış olma" gibi olabildiğince nesnel ölçütler getirilmesi hedeflenmektedir. Buna ek olarak, bir çok cinsel işlev bozukluğunun şiddetinin ölçülmesinde de daha önce olmayan bazı ölçüklerin ya da nesnel ölçütlerin kullanıldığı dikkat çekmektedir.

"Eretil Bozukluk" (Tablo 3) (12,13) ve "Erken Boşalma" (Tablo 4) (12,14) tanı ölçütlerine ve gerekçelerine bakıldığında, cinsel işlev bozukluğu tanımlarının konulabilmesi için daha önce var olmayan, "en az 6 ay sürmesi" gibi süre; "cinsel etkinliklerin ya da denemelerin tümünde ya da %75'inde" gibi sıklık; ve "cinsel birleşmenin ilk 1 dakikası içerisinde boşalmış olma" gibi şiddet ölçütlerinin getirildiğini görmekteyiz. Ayrıca cinsel işlev bozukluklarının neredeyse tümünde ölçükler, ölçütler ya da standart sorular üzerinden daha nesnel bir şiddet derecelendirmesi dikkat çekmektedir. Benzer süre, sıklık ve şiddet ölçütleri-

**Tablo 4.** Erken boşalma

- A. Boşalmanın tekrarlayıcı bir biçimde, (cinsel etkinliklerin tümünde veya neredeyse tümünde) yaklaşık bir dakika içinde ve kişinin isteği öncesinde meydana gelmesi. Bu durum en az 6 ay boyunca devam etmelidir.
- B. Bu problem klinik anlamda belirgin bir sıkıntıya ve bozukluğa neden olur.
- C. Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir Eksen I bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz (başka bir cinsel işlev bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

ni yeni tanımlanan ya da değiştirilen diğer cinsel işlev bozukluklarında da görmekteyiz (12-14).

Cinsel işlev bozukluğu tanımlarının konabilmesi için getirilen bu nesnel ölçütler genel olarak olumludur. Cinsel etkinlik ya da denemelerin bazısında, ya da durumsal olarak ara sıra ereksiyon güçlüğü yaşayan, fizyolojik olarak kabul edilebilecek ereksiyon kayıpları bulunan kişilere ya da yaşadığı 1-2 aylık bir emosyonel stres döneminde geçici erektil güçlük yaşayan bir kişide hemen "erektil bozukluk" tanısı konmasının önüne geçilmektedir. Geçmişte ve halen sık olarak yapılan bu hataların önümüzdeki süreçte azalacağını umabiliriz. "Erektil bozukluk" tanısının stigmatik yönü ve kişiler üzerinde yarattığı psikolojik ve toplumsal baskı düşünüldüğünde, bu tanının olur olmaz her geçici durumda konmasının önüne geçilmesi açısından olumlu bir gelişmedir.

DSM-5'de nesnel ölçütlerin getirilmesi genel olarak olumlu olsa da, tanı konulabilmesi için gerekli asgari ölçütlerde çitanın oldukça yükseğe çıkarıldığı gözlenmektedir. Örneğin erken boşalmada tanı konabilmesi ancak ağır ya da çok ağır olgularda olası gözükmektedir. "Cinsel birleşmenin ilk 1 dakikası içinde boşalmış olma" ölçütü örneğin cinsel birleşmenin 2. ya da 3. dakikası içerisinde boşalan ve boşalma kontrolünün olmadığını belirten bir kişide bile tanı konmasını olanaksız kılmaktadır. Cinsel tedaviler alanında çalışan profesyonellerin çok iyi bildiği gibi, erken boşalma esas olarak kişinin "boşalmasını yeterince denetleyememesi, kontrol duygusunun olmaması ve sürekli ya da sık biçimde kişinin ya da partnerinin ya da her ikisinin birden hedeflediklerinden daha önce boşalmasıdır". Süre açısından bakıldığında yukarıdaki tanımlama genellikle cinsel birleşmenin ilk 3-4 dakikası içerisinde boşalan kişi ya da çiftlerde sık görülen bir durumdur. Hatta partnerlerden en az birinin bu konuda sürekli ya da sık biçimde "sıkıntı ya da doyumsuzluk" tanımlanması ölçüt alınır, cinsel birleşmenin ilk 4-7 dakikası da "hafif düzeyde erken boşalma" olarak tanımlanabilir (15).

Bir dakikalık süre ölçütünün konmasında, araştırmaların "erken boşalma" yakınımla profesyonellere başvuranların çok büyük bölümünün "cinsel birleşme öncesi ya da birleşmenin ilk 1 dakikası içerisinde boşalan" kişiler olduğunu gösteriyor olması bir gerekçe olarak sunulmaktadır (14). Tedaviye başvuru belirleyen çok sayıda etken vardır. Cinsellikle ilgili tabular, cinsel sorunlarla ilgili eğitim ve farkındalık durumları, cinsel tedavi hizmetlerinin yaygınlığı, ulaşılabilirliği ve kendine özgü kısıtlılıkları, dini, ahlaki, kültürel ve sosyolojik bir çok etken sayılabilir. Bu açıdan, cinsellik alanında tüm dünyada son derece düşük olan tedavi başvuru oranları ve ancak ağır ya da çok ağır olguların ya da koitin hiç sağlanamaması gibi dramatik sonuçları olan kişileri ya da çiftleri zorlayıcı durumların "tedaviye başvuru nedeni" olduğu (16) düşünüldüğünde tek başına bu gerekçe tatmin edici durmamaktadır.

**İkinci amaç ise,** son 10 yılda baş döndürücü bir hızla artan araştırma ve yayınların ışığında birinci amaç ile bağlantılı olarak jinekoloji ve üroloji gibi diğer tıp disiplinleri ile daha ortak bir dili konuşabilmek, birbirine yakın tanımlamalar üzerinden ortak bir çalışma ve işbirliği fırsatlarını geliştirmek gibi gözükmektedir. Vajinismus tanısında niteliksel bir değişime gidilerek, bu bozukluğu ve kadınlarda disparoni tanısını kaldırarak yerlerine "kadın genital-pelvik ağrı/birleşme bozukluğu" adı altında tek

bir ortak cinsel işlev bozukluğunun tanımlanması (Tablo 5) (12) ya da erken boşalma tanısında daha önce varolan öznel tanımlamalar yerine çok daha nesnel bir tanımlama olan "cinsel birleşmenin ilk 1 dakikası içerisinde boşalmış olma" ölçütünün getirilmesi bu amaca örnek olarak verilebilirler.

DSM-5 son taslağında vajinismus tanısının disparoni tanısıyla "genitopelvik ağrı/birleşme bozukluğu" adı altında ortak bir bozukluk kategorisi içerisinde ele alınmasının olumlu ve olumsuz yankıları olacaktır (12). Vajinismusun, daha önceki DSM sınıflandırmalarında yalnızca "vajina kaslarının kasılması ve bu nedenle birleşmenin olmaması" diye özetlenebilecek bir anlayış yerine daha geniş ve kapsayıcı bir perspektifle ele alınması bu tanıyı daha sağlam temellere oturtacaktır. Yeni tanı kategorisinde, birleşmenin gerçekleşmemesi ve pelvik taban kaslarında kasılma yanında, cinsel birleşme sırasında ağrı ya da birleşmeye yönelik kaygı ya da korku da bir ölçüt olarak yer almaktadır. Bu durum, vajinismusun cinsel birleşme kuramama, pelvik taban kaslarında kasılma, giriş aşamasında ağrı ve zorlanma, ağrı korkusu ya da kaçınma davranışları ve ağırlı cinsel birleşme gibi bir ya da birden çok semptomu içeren bir klinik tablo olduğu gerçeğiyle uyumludur. Örneğin cinsel birleşmenin daha önce gerçekleşmiş ya da gerçekleşiyor olması vajinismus tanısını tek başına dışlamaya yeterli değildir. Bu hata sık olarak yapılmaktadır. Sık yapılan hatalara bir başka örnek, vajinismus tedavisinin birleşmenin gerçekleşmesine indirgenmesidir. Cinsel birleşmeye ilişkin ağrı korkusu ya da birleşmeden kaçınma davranışları, birleşme sırasında kaygı, tedirginlik, korku vb. psikolojik belirtiler tam olarak düzelmeden, yalnızca birleşmenin gerçekleşmiş olması ile vajinismusta iyileşme gerçekleşmiş olmaz. Yeni tanı kategorisinde "ağrı korku ya da kaygısı" gibi psikolojik belirtilere vurgu yapılarak, bunun net bir ölçüt olarak konmuş olması vajinismus ile ilgili yaşanan bu türden kavram kargaşalarını azaltacaktır.

Ancak vajinismus ile disparoni tanımlarını tek bir tanı kategorisi altında ele almanın, özellikle disiplinler arası bir kargaşaya yol açma riski de bulunmaktadır. Disparoni, geçmişte sıklıkla vajinal enfeksiyon, vulvovajinal lezyonlar ve menopoza gibi bedensel etkenlerden kaynaklanan ve daha çok jinekolog meslektaşlarımız tarafından ele alınmakta olan bir tanıydı. Tıbbi bir duruma bağlı olarak gelişen disparoni için bu bundan sonra da ge-

**Tablo 5.** Genito-pelvik ağrı/birleşme bozukluğu

- A. Aşağıdaki durumlardan en az birine 6 ay boyunca sürekli veya tekrarlayan biçimde maruz kalmak:
  1. Vajinal giriş/birleşmenin olmaması
  2. Vajinal giriş/birleşme denemelerinde belirgin vulvovajinal veya pelvik ağrı
  3. Vulvovajinal veya pelvik ağrıyla ya da vajinal girişle ilgili belirgin korku veya kaygı
  4. Vajinal giriş denemesi sırasında pelvik taban kaslarında belirgin gerginlik veya kasılma
- B. Bu problem klinik anlamda belirgin bir sıkıntıya ve bozukluğa neden olur.
- C. Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir Eksen I bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz (başka bir cinsel işlev bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

çerli olacaktır. Ancak bizim gibi muhafazakar ve gelişmekte olan ülkelerde vajinismus ve onunla bağlantılı olarak psikolojik kökenli dispareni sık karşılaşılan olgulardır. Gelişmiş batı ülkelerinde ise menopoz ve diğer tıbbi durumlardan kaynaklanan dispareni olguları daha sık klinisyenlerin ilgi odağı olmaktadır. Bu açıdan ülkemizde kadınlardaki dispareninin ne kadar psikolojik ne kadar tıbbi bir nedenden kaynaklandığı ve dolayısıyla daha çok hangi uzmanlık alanının ilgilenmesi gerektiği konusunda klinisyenler ve hastalar arasında süre giden kavram tartışmasının artma riski bulunmaktadır. Bunun önüne geçmenin en etkin yolu uzmanlıklar arası işbirliği ve uzmanlık eğitimlerinde cinsel işlev bozukluğu konularına etkin biçimde yer vermek olacaktır.

**Üçüncü önemli amaç ise,** gelişen teknoloji ve toplumsal yapı, farklılaşan yaşam biçimleri ve yeni olanakların getirdiği ya da ortaya çıkardığı yeni cinsel sorunları tanımlamak şeklinde ortaya çıkmaktadır. Yeni bir tanı kategorisi olarak tanımlanan “Hiperseksüel Bozukluk” buna bir örnek olarak verilebilir. Kuşkusuz bu yeni tanı kategorilerinin, değişen yaşam koşulları ile ortaya çıkan yeni bozukluklar mı yoksa değişen teknolojik olanaklar ve yeni araştırmaların oluşturduğu yeni bir haberdarlık süreci mi olduğu daha tartışılacaktır. Ancak gerçekten de, yeni tanımlanan bozuklukların son 10 yılda klinisyenlerin gündemine giderek artan biçimde gelen cinsel sorunlara bir yanıt getirme, bu yeni sorunları klinik bir perspektife oturtma açısından bir işlev göreceği kesindir.

### Hiperseksüel Bozukluk

Hiperseksüelite olguları, DSM-4-TR’da “başka türlü adlandırılmayan cinsel işlev bozuklukları” kapsamında ele alınmaktaydı (11). Bu bozukluğa özel oluşturulmuş tanı ölçütleri bulunmaktaydı. DSM-5 son taslağında “hiperseksüel bozukluk” adıyla bu bozukluğun tanı ölçütlerinin ve alt belirleyicilerinin ayrıntılı olarak tanımlandığı görülmektedir (Tablo 6) (12). Hiperseksüelite olguları geçmişte nadir olarak görülen olgular olarak ele alınır, genellikle de ağır tıbbi bozukluklar ya da kafa travması, nörolojik hastalıklar, beyin tümörleri gibi patolojilerin sonucu olarak tıbbi literatürde yer alırdı. Ancak son 10-20 yılda hızla gelişen teknoloji, yaygınlaşan İnternet ve medya uygulamaları, artan refah düzeyi nedeniyle kişilerin hazza ve doyuma odaklı aktivitelere daha çok zaman ayırabilmeleri, telekomünikasyon ve bilgi çağının ge-

tirdiği yeni yaşam tarzları, ilişki kurma ve cinsel davranış biçimleri yeni sorunlar ortaya çıkarmış ya da aslında geçmişte de var olan sorunlar konusunda farkındalık yaratmışlardır. Gerçekten de son 10 yıl içerisinde, DSM-5’te yeni tanımlanan “hiperseksüel bozukluk” kapsamına giren olguların sağlık profesyonellerine başvurularında dramatik bir artış olduğu gerçeği klinisyenlerin ortak bir görüşüydü. DSM-5’te yer alan biçimde hiperseksüel bozukluk, son yıllarda klinisyenlerin ayrı bir bozukluk olarak ya da

**Tablo 6.** Hiperseksüel bozukluk

- A. En az 6 aylık bir süre boyunca aşağıdaki kriterlerden en az 4’ü veya daha fazlasıyla ilintili, tekrar eden ve yoğun cinsel fanteziler, cinsel dürtüler ve cinsel davranışlar:
    - 1) Cinsel fantezi ve dürtüler ve cinsel davranışları planlama ve uygulamaya yönelik aşırı zaman harcamak
    - 2) Hoşa gitmeyen duygu durumlarına (örn. kaygı, depresyon, sıkıntı, irritabilite) tepki olarak tekrarlayan biçimde cinsel fantezi, dürtü ve davranışlara yönelmek.
    - 3) Strese yol açan gelişmelere tepki olarak tekrarlı bir biçimde cinsel fantezi, dürtü ve davranışlara yönelmek.
    - 4) Bu cinsel fantezi, dürtü ve davranışları kontrol etmek veya kayda değer biçimde azaltmaya yönelik tekrarlayan başarısız çaba ve girişimler.
    - 5) Kendisinin veya başkalarının fiziksel veya duygusal zarar görme riskini göz ardı eden biçimde tekrarlayıcı cinsel davranışlara yönelmek
  - B. Sosyal, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında, bu cinsel fantezi, dürtü ve davranışların sıklık ve yoğunluğuyla ilintili, klinik anlamda kayda değer kişisel sıkıntı veya bozukluk söz konusudur.
  - C. Bu cinsel fantezi, dürtü ve davranışlar herhangi bir maddenin (örn. uyuşturucu veya ilaç) veya manik nöbetlerin direkt psikolojik etkilerinden kaynaklanmaz.
  - D. Kişi en az 18 yaşındadır.
- Belirleyiniz :*
- Mastürbasyon
  - Pornografi
  - (Onay Veren) Yetişkinlerle Cinsel İlişki
  - Siber Seks
  - Telefon Seksi
  - Striptiz Kulüpleri
  - Diğer

**Tablo 7.** Kadınlarda cinsel ilgi/ uyarılma bozukluğu

- A. En az 6 ay süreli cinsel ilgi/uyarılma yokluğu (aşağıdaki ölçütlerden en az 4’ü mevcutsa) söz konusudur .
  - 1) Cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması ya da hiç olmaması
  - 2) Erotik düşünce veya fantezilerin az olması ya da hiç olmaması
  - 3) Cinsel etkinliği başlatmama ve partnerin etkinliği başlatma çabalarını nadiren kabul etme veya hiç kabul etmeme
  - 4) Cinsel etkinlik sırasında (cinsel ilişkilerin tümünde veya neredeyse tümünde) (veya cinsel ilişkilerin en az %75’inde veya daha fazlasında) cinsel heyecan/hazzın az olması ya da hiç olmaması
  - 5) İsteğin içsel veya dışsal bir cinsel/erotik uyarımla (örn. yazılı, sözel, görsel, vb.) nadiren tetiklenmesi veya hiç tetiklenmemesi
  - 6) Cinsel etkinlik esnasında (cinsel ilişkilerin tümünde veya neredeyse tümünde) (veya cinsel ilişkilerin en az %75’inde veya daha fazlasında) genital ve/veya genital olmayan hislerin az olması ya da hiç olmaması
- B. Bu problem klinik anlamda belirgin bir sıkıntıya ve bozukluğa neden olur.
- C. Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir Eksen I bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz (başka bir cinsel işlev bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

diğer cinsel bozukluklarla eştanı olarak sık biçimde karşılaşmaya başladığı cinsel bağımlılık, sanal ya da siber seks, kompulsif bir tarzda aşırı masturbasyon ya da telefon seksi gibi sorunları önemli ölçüde kapsayacaktır (17).

### Kadınlarda Cinsel İlgil/Uyarılma Bozukluğu

Yeni önerilen bir başka değişiklik de, kadınlarda "Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu" ve "Kadınlarda Uyarılma Bozukluğu" tanımlarını birleştirerek "Kadınlarda Cinsel İlgil/Uyarılma Bozukluğu" adıyla tek bir tanı altında toparlanmasıdır (Tablo 7) (12). Dikkat çeken ilk nokta "hipoaktif" kelimesinin kaldırılması ve "istek" yerine "ilgi" kelimesinin konmasıdır. Bunun en önemli nedeninin önceki iki kelimenin bir yetersizlik, biyolojik bir eksiklik, testosteron düşüklüğü vb. patolojilere gönderme yapması olarak açıklanmaktadır. Yerine önerilen "ilgi" kelimesinin ise cinsel isteğin psikolojik, sosyokültürel ve partnere ilişkin unsurlar gibi boyutlarını daha çok çağrıştıran bir kelime olduğu düşünülmektedir.

Kadınlarda cinsel istek ile uyarılma belirtilerinin ayırt edilmesindeki güçlükler, uyarılmanın yalnızca nesnel değil, öznel boyutunun da bulunması, kadınlarda cinsel istek ve ilginin erkeklerden farklı boyutlarının olduğu, her zaman spontan biçimde olmayabileceği, buna karşılık partner ya da herhangi bir uyarıcıyla ortaya çıkabileceği, araştırmalarda ve klinik ortamda cinsel istek ve ilgiden bağımsız bir uyarılma bozukluğunun bugüne kadar ortaya konabilmesindeki güçlükler, bu iki tanının birleştirilmesindeki temel rasyoneller olarak ortaya konmaktadır. Yeni önerilen tanıda, cinsel istek ve ilginin yanı sıra, erotik düşünce ve fantezilerin olmaması, cinsel bir etkinliği başlatamama yanında, partner tarafından başlatılan bir cinsel etkinliğe ya da erotik uyarılara yanıt verememe, cinsel bir etkinlik sırasında haz alamama ve genital yanıtın yeterli olmaması gibi daha nesnel ve ayrıntılı ölçütler bulunmaktadır. Ayrıca, "cinsel etkinliklerin tümünde ya da tüme yakınında, ya da %75'inde" gibi şiddet ölçütleriyle, "en az 6 aydır sürüyor olması" gibi süre ölçütleri tanımlanmıştır (18).

Yeni oluşturulan "Kadınlarda Cinsel İlgil/Uyarılma Bozukluğu," olumlu yönlerine rağmen daha uzun süre tartışılmaya aday durumdadır. Erkeklerde cinsel istek ile uyarılma (ereksiyon) arasında daha net ve bilinen ayrımın olması ise bu yeni tanı kategorisinin erkekler için de önerilmesini güçleştirmektedir. Son taslakta (12) erkekler için "Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu" ile "Eretil Bozukluk" tanımlarının DSM-4-TR'da olduğu gibi iki ayrı tanı olarak korunması önerilmektedir.

DSM-5 taslağında, cinsel işlev bozuklukları açısından önemli bir değişiklik de, "Cinsel Tiksinti Bozukluğu" tanısının çıkarılması teklifidir (12). Bu tür olguların "Başka Türü Adlandırılmayan Cinsel İşlev Bozuklukları" kapsamında değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu tanının teknik olarak "Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu" tanısına oranla "Özgül Fobi" tanısına daha yakın olması, bugüne kadarki cinsel sorunlarla ilgili bir çok epidemiyolojik çalışmanın bu tanının prevalansı ve eşlik eden özellikleri ile ilgili sonuçları ortaya koymaması gibi gerekçeler taslakta belirtilmektedir.

**Sonuç:** Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) DSM-5 ile ilgili halen yürütmekte olduğu hazırlık süreci devam etmektedir. Önümüzdeki süreçte daha bir çok değişiklikler ve yeni öneriler ola-

caktır. Ancak uzun çalışmalardan sonra şu ana kadar ortaya konan taslak önemli değişiklikler ortaya koymaktadır. Bu değişiklikler, DSM-5 çağında cinsel işlev bozuklukları tanımlarının süre, şiddet ve sıklık gibi daha nesnel ölçütler üzerinden, daha ince eyleyip dokuyarak konabileceğini, gerek alt belirleyicilerin işaretlenmesi gerekse tanıların şiddetinin belirlenmesinin daha geniş bir perspektifi gerektireceğini, bu tanıları kayabilmek için daha dikkatli ve ayrıntılı cinsel öykü almak gerekeceğini, cinsel işlev bozukluğu tanımlarını koymanın zorlaşması nedeniyle ister istemez prevalans oranlarının düşüş göstereceğini, yeni önerilen tanı kategorilerinin genel olarak olumlu olduğunu ve klinisyenlerin işini kolaylaştıracağını bize düşündürmektedir.

### Kaynaklar

- Balon R, Segraves RT. Handbook of sexual dysfunction. Taylor and Francis Group: USA; 2005.
- Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological and physical problems in men and women: A cross sectional population survey. Journal of Epidemiology and Community Health 1999; 53(Suppl 3):144-8. [Abstract] / [PDF]
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. JAMA 1999; 281(Suppl 6):537-44. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Mezzich JE, Hernandez-Serrano R. Psychiatry and sexual health. An integrative approach. The Rowman and Littlefield Publishing Group. Maryland: USA; 2006.
- Heiman JR, Meston CM. Empirically validated treatment for sexual dysfunction. In: Rosen R, Davis C, Ruppel H, eds. Annual Review of Sex Research. Mount Vernon, IA: The Society for the Scientific Study of Sexuality; 1998.
- Segraves RT, Balon R. Sexual pharmacology : Fast facts. WW Norton & Co: New York; 2003.
- Perelman MA. The impact of the new sexual pharmaceuticals on sex therapy. Curr Psychiatry Rep 2001; 3(Suppl 3):195-201. [Abstract]
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: Author; 1980.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: Author; 1987.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: Author; 1994.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. 2. baskı. E Köroğlu çev. editörü. Hekimler Yayın Birliği: Ankara; 2005.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) 2011. [Abstract]
- Segraves RT. Considerations for Diagnostic Criteria for Erectile Dysfunction in DSM-5. Journal of Sexual Medicine 2010; 7:654-60. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Segraves RT. Considerations for an Evidence-Based Definition of Premature Ejaculation in the DSM-5. Journal of Sexual Medicine 2010; 7:672-9. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Leslie R, Schover, Jerry M et al. A multiaxial problem oriented system for sexual dysfunctions. An alternative for DSM-III . Arch Gen Psychiatry 1982; 39(Suppl 5):614-9. [Abstract] / [PDF]
- Incesu C, Yetkin N. Assesment of 200 subjects referred to a sexual dysfunction outpatient clinic in Turkey. Proceedings of the XIIIth World Congress of Sexology 1997; 285-90.
- Kafka MP. Hypersexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-5. Arch Gen Psychiatry 2009. [PDF]
- Brotto LA. DSM Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-5. Arch Gen Psychiatry 2009. [PDF]