

Cinsel ve Evlilik Terapilerine Başvuran Kadınlarda Psikiyatrik Komorbidite ve Evlilik İlişkisi

Pelin ERİŞTİREN *, Cem İNCESU *, Nesrin YETKİN *, Nihat ALPAY *

ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmada, evlilik ve cinsel terapilerine başvuran kadın olgularda psikiyatrik komorbidite ve evlilik durumlarının saptanması hedeflenmiştir.

YÖNTEM: Evlilik (n=35) ve cinsel (n=37) terapilerine başvuran 72 kadın olgu ve eşleri araştırmaya alınmıştır. Değerlendirmede, sosyodemografik bir formun yanı sıra SCID-I ve Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır.

BULGULAR: Cinsel terapilere başvuran kadın grubun ağırlıklı vajinismus olgularından oluştuğu, diğer gruba oranla daha genç, evlilik ve sorun süreleri ise daha kısadır. Psikiyatrik komorbidite oranı cinsel terapilere başvuran olgularda % 57, evlilik terapilerine başvuran olgularda ise % 71 olarak saptanmıştır. Tam dağılımına bakıldığında, en sık rastlanan psikiyatrik tanıların hafif-orta şiddette depresyon, uyum bozukluğu, distimik bozukluk ve anksiyete bozuklukları oldukları görülmektedir. EDÖ sonuçlarına göre cinsel terapiye başvuran kadınların evlilik terapisine başvuran kadınlara oranla ilişkilerinin daha uyumlu olduğu, başvuru nedeninden bağımsız olarak depresyonun ve psikiyatrik komorbiditenin eşlik ettiği durumlarda ilişki uyumunun daha kötü olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Araştırmamızda, cinsel terapi grubunun diğer gruba oranla daha genç ve terapiye daha erken başvuran bir grup olmasının bu grupta vajinismus olgularının yüksek oranda olmasıyla bağlantılı olduğu düşünüldü. Her iki gruptaki yüksek psikiyatrik komorbidite oranının varlığı dikkat çekici ve hem gelecekteki araştırmalar hem de bu alanda uğraşan profesyonellerin klinik uygulamaları açısından dikkat çekici bulundu.

Anahtar kelimeler: Komorbidite, cinsel terapi, evlilik terapisi

Düşünen Adam; 2001, 14(3): 132-141

SUMMARY

OBJECTIVE: In this study, we aimed to assess psychiatric comorbidity in female cases, applying in marital and sexual therapies and their marriage status.

METHOD: 72 female cases and their husbands applying to marriage (n=35) and sexual (n=37) therapies are included in the study. In evaluations, in addition to a sociodemographical form, SCID-I and Birtchnell Mate Assessment Scate (EDÖ) is used.

RESULTS: Female group applying to sexual therapies, is mostly constituted of vaginismus cases, younger compared to other group and their problem duration times are shorter. Psychiatric comorbidity rate is assigned as 57 % in cases applying to sexual therapies, 71 % in cases applying to marriage therapies, diagnosis distribution taken into consideration, we observed that most common psychiatric diagnosis are mild to moderate depression, adaptation disorder, distimic disorder and anxiety disorders. According to EDÖ results women applying to sexual therapies have relationships well adjusted, in cases accompanied with depression and psychiatric comorbidity relationship harmony is worse being independant of application reason compared with women applying to marriage therapies.

CONCLUSION: In our study sexual therapy group is a younger group that applies earlier to therapy compared to other group, that is thought to be related to vaginismus cases being in higher rates in this group. Existence of high psychiatric comorbidity rates in both groups is assessed as being interesting for future investigations and also clinical practices of specialists engaged in this field.

Key words: Comorbidity, sexual therapy, marital therapy

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastahkları Hastanesi

GİRİŞ ve AMAÇ

Son 30 yılda, giderek sanayileşen ve kentleşen ülkemizde, doğal olarak toplumumuzun değer yargıları ve gereksinimleri de değişmektedir. Geçmişte tabu olarak kabul edilen, tartışmaya açılmayan, kimseyle, özellikle de yabancılarla asla paylaşılmayan konular ya da sorunlar artık daha rahat gündeme getirilebilmektedir. Ülkemizde, son yıllarda giderek gelişen iletişim sektörü de bu değişime önemli bir ivme kazandırmaktadır. Yaygın toplum kesimleri, artık, daha önce tabu kabul edilen birçok konunun açıkça tartışılabilirdiğini görmektedirler. Böylece, bu kesimler, geçmişte "kader" ya da "doğal" olarak kabul edilen birçok konunun gerçekte çağdaş psikiyatri ve psikoloji bilimlerinde "sorun" ya da "hastalık" olarak tanımlanmış olduğunu ve bunların çözümlerinin mümkün olduğunu öğrenme şansına sahip olabilmektedirler.

Doğal olarak bu gelişim, toplumun talep ettiği ruh sağlığı hizmetlerinde de değişime neden olmuştur. Geçmişte hastalık ya da sorun olarak dahi kabul edilmeyen cinsel işlev bozuklukları ve aile içi çeşitli çatışma ve sorunlar artış toplumun ruh sağlığı profesyonellerinden çözüm beklediği konular arasına girmiştir. Şu bir gerçek ki, bu tür sorunlarla ruh sağlığı profesyonellerine başvurular giderek artmaktadır.

Talep artışına bağlı olarak, son yıllarda, ülkemizde evlilik ve cinsel sorunlar ile ilgili danışma ve tedavi merkezleri kurulmaya başlanmıştır. Nitekim, hastanemizde de bu amaçla kurulan EDAM (Evlilik Sorunları Danışma Merkezi) ve Cinsel İşlev Bozuklukları Polikliniği, topluma bu alanda önemli hizmetler vermektedir. Bu tür merkezlerin sayısının artmaya başlamasıyla, eş ve cinsel terapilere başvuran çiftlerin psikiyatrik ve sosyodemografik değerlendirmeleri ile tedavi prognozları hakkında klinik gözlemlere dayalı bilgilerin ötesinde, sistematik araştırmalara dayanan bilgilere gereksinim doğmuştur. Bu tür terapilere başvuran kişilerin, başvuru nedeni olan evlilik ya da cinsel sorunlarına eşlik eden psikiyatrik bozukluklarının ya da ilişkilerinin niteliğinin, hem terapi sürecinde hem de tedavi prognozunda önemi vardır. Eşlik eden psikiyatrik bozuklukları ve ilişkinin niteliğini ya da diğer bir deyişle eşler arası çatışmaları gözönünde bulunduran bir tedavi programının bir noktada ukanma sü-

recine girmesi yüksek olasılıktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Cinsel İşlev Bozuklukları Polikliniği'ne eşleri ile birlikte başvuran ve cinsel işlev bozukluğu saptanarak terapiye alınan 37 kadın olgu ile Evlilik Danışma Merkezi'ne (EDAM) eşleri ile birlikte başvurarak terapiye alınan 35 kadın olgudan oluşan toplam 72 olguluk örneklem grubu ile yapıldı. Ayrıca tüm olguların eşleri ile de görüşüldü. En az ilkokul düzeyinde bir eğitim olmayanlar, kendisinde ya da eşinde mental retardasyonu bulunanlar, DSM-IV tanı ölçütlerine göre 1. eksende psikotik bir bozukluk ya da alkol-madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı bulunanlar ile eşleriyle görüşme olanağı bulunamayanlar dışlandı.

EDAM'a ve Cinsel İşlev Bozuklukları Polikliniği'ne başvuran kadın olgular, ilk başvurularında ya da takip eden iki terapi seansından birinde değerlendirildiler. Kendilerine, psikiyatrik bozukluklarının saptanması amacıyla SCID-I'in SCID-OP Formu (Ayaktan başvuran hastalar için uygulanan formu), Sosyodemografik Form ve Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği (Birtchnell Marital Partner Evaluation Scale) ⁽¹⁾, eşlerine ise yalnızca Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği aynı klinisyen tarafından yüzyüze görüşme ile uygulandı. Bu ölçek, eşlerarası ilişkiye ölçen ve ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği yapılmış tek ölçektir.

Cinsel İşlev Bozukluğu Polikliniği'ne başvuran olgular Grup 1, EDAM'a başvuran olgular ise Grup 2 olarak kabul edilmiş ve her iki grubun sosyodemografik verileri, psikiyatrik komorbiditeleri ve EDÖ sonuçları karşılaştırılarak literatür ışığında değerlendirilmiştir.

Kullanılan Gereçler

Sosyodemografik form: Bu çalışmada olguların sosyodemografik verilerini sorgulayan standart bir form yüzyüze görüşme ile uygulanmıştır. Formda olguların yaş, medeni durum, eğitim, evlilik süresi ile çocuk sayısı gibi çeşitli sosyodemografik özelliklerini saptayan 24 soru bulunmaktadır.

SCID I: Çalışmada tanı koyma aracı olarak kullanılan SCID-I, 1983 yılında Spitzer tarafından tanımlanıp geliştirilerek, 1987 yılında DSM-III-R'in (2) yayınlanmasından sonra son şekli verilmiş olan yapılandırılmış bir görüşme tekniğidir. Ülkemizde, Sorias ve ark. tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise 1993 yılında Kabakçı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (4).

Her iki formdaki maddeler, bir birliktelik için önemli sayılan dört farklı boyutu içermektedir. Bunlar güvenilirlik, bağımlılık, kopukluk ve kontrolcülük'tür. "Güvenilirlik" alt başlığı, olumlu tek alt başlık olup; destek olabilmek, eşini olduğu gibi kabul edebilmek, duygularını rahatça ifade edebilmek şeklinde tanımlanabilir. Diğer alt başlıklar olumsuz yani uyumsuz, zayıf bir ilişkinin ifadesi olarak kabul edilmişlerdir. Bunlardan "bağımlılık", kendine güvenememe, aşırı ilgi bekleme, sürekli desteğe ihtiyaç duyma, "kopukluk"; tek başına kalmayı tercih etme, eşine yakın olmaktan çekinme, duygusal alışverişe giremememe, "kontrolcülük" ise; eş üzerinde hakimiyet kurmaya çalışma, aşırı sorumluluk yüklenme ve eşini ikinci plana itme şeklinde tanımlanabilir.

Bu ölçekle bir ilişkinin değerlendirilmesi farklı şekillerde mümkün olabilir. Bir bütün olarak ilişkinin değerlendirilmesinde olumsuz (eleştirel) altbaşlıkların toplam değerleri kullanılabilir. Benzer biçimde, olumlu tek alt başlık olan "güvenilirliğin" yüksek puan alması ilişkinin uyumlu, olumlu bir ilişki olduğuna dair bilgi verebilir. Bunların dışında sadece alt başlıkların değerlendirilmesi de bir birliktelikteki aksayan yönlerin açığı çıkarılması ya da değişik gruplar arasındaki farklılıkların değerlendirilmesi de bir birliktelikteki aksayan yönleri açığa çıkarılması ya da değişik gruplar arasındaki farklılıkların değerlendirilmesi açısından faydalı olabilmektedir. Bu çalışmadaki olguların evlilikleri, ölçekteki "olumsuz" itemlerin toplamalarının ortalamaları (EDÖ Toplam) alınarak ve tek olumlu alt başlık olan "güvenilirliğin" toplam ortalamasının değerlendirilmesiyle yapılmıştır.

BULGULAR

Sosyodemografik veriler: Her iki gruptaki olguların tümü evli olduklarını belirtmişlerdir. Her iki grubun yaş ortalamaları karşılaştırıldığında, Grup 1'deki ol-

guların, Grup 2'deki olgulara göre daha genç oldukları görülmektedir. Her iki grup arasında anlamlı derecede farklılık saptanmıştır (Grup 1: 26±6; Grup 2: 33±6) (t: -4.52; p<001). Her iki grubun evlilik süresi ortalaması karşılaştırıldığında, 2. grubun evlilik süresi, 1. grubunkinden istatistiksel olarak anlamlı derecede uzun olduğu saptanmıştır (Grup 1: 59±57 ay; Grup 2: 128±76 ay) (t: -4.32; p<001). Başvuran olgularda görücü usulü evlenmenin en sık evlenme biçimi olduğu (% 55) ancak her iki grup arasında anlamlı fark bulunmadığı ortaya çıkmaktadır.

Her iki grup, eğitim düzeyi, çalışma yaşamı, iş/meslek dağılımı, eşlerinin sosyodemografik verileri ve çocukluğun geçtiği bölge gibi temel sosyodemografik veriler açısından birbirinden anlamlı derecede farklılık göstermemektedir.

Başvuruya temel olan tanı: Terapiye başvuran ve çalışmaya alınmış olan Grup 1 ve Grup 2'yi oluşturan kadınların, başvuruya temel olan sorunlarının dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Cinsel işlev bozukluğu grubunda, en sık rastlanan tanının "vajinismus" olduğu saptanmıştır.

Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar: Çalışmaya alınan kişilerde, başvuruya ve terapiye alınmalarına temel olan soruna şimdiki durumda eşlik eden psikiyatrik bozuklukların DSM-IV (5) tanı ölçütlerine göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. DSM-IV tanı ölçütlerine göre, Grup 1'de psikiyatrik komorbidite oranı % 57 iken, Grup 2'de bu oran % 71 olarak saptanmıştır. Tanı dağılımları incelendiğinde, en sık rastlanan tanının "majör depresif bozukluk (hafif-orta şiddette)"

Tablo 1. Başvuruya temel olan tanı.

Başvuruya Temel Olan Tanı	Grup 1		Grup 2		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Eşler arası çatışma	0	0	35	100	35	48.6
Vajinismus	17	45.9	0	0	17	23.6
Kadında organizm bozukluğu	8	21.6	0	0	8	11.1
Azalmış cinsel istek bozukluğu	12	32.4	0	0	12	16.7
Toplam	37	100	35	100	72	100

Tablo 2. Eşlik eden psikiyatrik bozuklukların dağılımı.

Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar	Grup 1		Grup 2		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
❖ Tanı yok	16	43.2	10	28.6	26	36.1
❖ Hafif-orta şiddette depresyon	7	18.9	17	48.6	24	33.4
❖ Distimik bozukluk	3	8.1	2	5.7	5	6.9
❖ Yaygın anksiyete bozukluğu	2	5.4	1	2.8	3	4.2
❖ Panik bozukluk	0	0	1	2.8	1	1.4
❖ Özgül fobi	1	2.7	0	0	1	1.4
❖ Sosyal fobi	1	2.7	0	0	1	1.4
❖ Somatizasyon bozukluğu	0	0	1	2.8	1	1.4
❖ Uyum bozukluğu	7	18.9	3	8.6	10	13.8
Toplam	37	100	35	100	72	100

Tablo 3. EDÖ toplam ortalamaları.

	N	EDÖ Toplam	SD	EDÖ (Eş) Toplam	SD
Grup 1	37	93	14	90	13
Grup 2	35	119	18	108	17

Tablo 4. EDÖ güvenilirlik sonuçları.

	N	EDÖ Toplam	SD	EDÖ (Eş) Toplam	SD
Grup 1	37	61	5	58	6
Grup 2	35	46	10	47	10

olduğu ve bunu sırasıyla "uyum bozukluğu" ve "distimik bozukluğun" izlediği görülmektedir.

Tanı dağılımları temel alındığında her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamasıyla birlikte, Grup 2'de hem toplam psikiyatrik komorbiditenin hem de "major depresif bozukluğun" daha fazla görüldüğü, buna karşın "uyum bozukluğunun" Grup 1'de daha sık ortaya çıktığı saptanmıştır. Her iki grupta da, saptanan "major depresif bozukluk" olgularının çoğunluğunun orta şiddette olduğu ve "uyum bozukluğu" tanısı alan olguların daha çok Grup 1'de yoğunlaştığı gözönüne alındığında; Grup 2'deki olguların psikiyatrik bozukluklarının Grup 1'deki olgulara oranla daha şiddetli olduğu söylenebilir.

Grup 1 ve Grup 2'nin EDÖ sonuçları: EDÖ'nün "üç eleştirel iteminin" toplamı olan "EDÖ TOPLAM" değerlerinin ortalaması Tablo 3'de verilmiştir. Her

iki grubun sonuçları karşılaştırıldığında; hem olguların ($t: -6.45; p<001$) hem de eşlerinin ($t: -4.99; p<001$) "EDÖ TOPLAM" ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklı olduğu, diğer bir deyişle, Grup 2'deki olguların eşleriyle olan ilişkilerinin Grup 1'deki olgulara oranla daha zayıf ve uyumsuz olduğu saptanmıştır.

Her iki grubun, ölçeğin tek "olumlu alt ölçeği" olan "Güvenilirlik" alt ölçek sonuçları karşılaştırıldığında (Tablo 4); hem olguların ($t: 7.56; p<001$) hem de eşlerinin ($t: 5.46; p<001$) "Güvenilirlik" alt ölçek ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklı olduğu, diğer bir deyişle, Grup 1'deki olguların ilişkilerinin, Grup 2'deki olgulara oranla daha uyumlu olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, Grup 1 olgularının evliliklerini, Grup 2 olgularına göre global olarak anlamlı derecede daha "olumsuz" olarak değerlendirdiklerini göstermektedir.

Tablo 5. Psikiyatrik komorbidite açısından EDÖ toplam sonuçları.

	N	EDÖ Toplam	SD	EDÖ (Eş) Toplam	SD
Komorbidite var	46	109	19	101	18
Komorbidite yok	26	99	22	95	17

Tablo 6. Psikiyatrik komorbidite açısından EDÖ güvenilirlik sonuçları.

	N	EDÖ Toplam	SD	EDÖ (Eş) Toplam	SD
Komorbidite var	46	53	11	52	10
Komorbidite yok	26	55	12	53	10

Tablo 7. Psikiyatrik komorbidite açısından olgular ve eşlerinin EDÖ toplam sonuçları.

	N	EDÖ Toplam	SD	EDÖ (Eş) Toplam	SD
Grup 1		87	10	87	10
Komorbidite yok	16	99	15	93	15
Komorbidite var	21				
Grup 2					
Komorbidite yok	10	118	18	109	16
Komorbidite var	25	119	21	108	18

Psikiyatrik komorbidite açısından EDÖ sonuçlarının değerlendirilmesi: EDÖ'nün "üç eleştirel iteminin" toplamı olan "EDÖ TOPLAM" değerlerinin ortalaması Tablo 5'da verilmiştir. Her iki grubun sonuçları karşılaştırıldığında; hem olguların ($t: 1.92; p<05$) hem de eşlerinin ($t:-4.62; p<05$) "EDÖ TOPLAM" ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklı olduğu, diğer bir deyişle, psikiyatrik komorbidite saptanan olguların, eşleriyle olan ilişkilerinin, saptanmayan olgulara oranla daha zayıf ve uyumsuz olduğu saptanmıştır.

Her iki grubun, ölçeğin tek "olumlu alt ölçeği" olan "güvenilirlik" alt ölçek sonuçları karşılaştırıldığında (Tablo 6); hem olguların hem de eşlerinin "Güvenilirlik" alt ölçek ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklı olmadığı saptanmıştır.

Psikiyatrik komorbidite açısından, tüm grupların EDÖ sonuçlarının karşılaştırılması: Grupların kendi aralarında psikiyatrik komorbidite olup olmamasına bağlı olarak ikiye ayrılmış ve oluşan dört grubun ve eşlerinin EDÖ TOPLAM sonuçları Tablo 7'de verilmiştir. Sonuçlara bakıldığında, ilişkideki uyum-

suzluğun en az, "cinsel işlev bozukluğu olup psikiyatrik komorbidite saptanmayan" grupta olduğu, bunu "psikiyatrik komorbidite saptanan cinsel işlev bozukluğu" grubunun takip ettiği görülmektedir. EDAM grubunda ise ilişkideki uyumsuzluğun önceki her iki gruba oranla çok daha fazla olduğu, ancak EDAM grubunda psikiyatrik komorbiditenin varlığının EDÖ sonuçlarını etkilemediği saptanmıştır.

TARTIŞMA

Yukarıdaki sonuçlar özetlenecek olursa, her iki grup, sosyokültürel ve sosyoekonomik açıdan birbirine benzerdir. Ancak cinsel işlev bozukluğu tedavisi için başvuran olgular, EDAM'a başvuran olgulara oranla daha genç, evlilik ve sorun süreleri daha kısa ve daha az çocuk sahibidirler.

Cinsel işlev bozukluğu nedeniyle başvuran kadın olguların yaş ortalamalarını, Yetkin ve İncesu 28⁽⁶⁾, Sungur 25⁽⁷⁾ ve Tuğrul 26⁽⁸⁾ olarak vermişlerdir. Yurtdışındaki benzer çalışmalarda kadın olguların yaş ortalamaları ise 31 ve 38 arasında değişmektedir⁽⁹⁻¹²⁾. Gerek dış kaynaklı çalışmalarla, gerekse her

iki grup arasında bu farkın oluşmasında, en önemli etkenlerden biri, batı ülkelerindeki benzer çalışmaların aksine, bizim çalışmamızdaki cinsel işlev bozukluğu grubunun yaklaşık yarısı gibi yüksek bir oranını vajinismus olgularının oluşturmasıdır.

Vajinismus, cinsel yaşamın başlangıcında ya da evliliğin başında ortaya çıkan ve cinsel birleşmeyi engelleyerek, evliliğin başlangıç aşamasında, ciddi bir psikososyal stressör yükleyen bir sorundur. Her ne kadar, ülkemizde cinsel sorunlar genel olarak gizlenmekte ve bu nedenle hekime nadiren gidilmekteyse de, vajinismus sözkonusu olduğunda hekime başvurma süresi kısalmakta ve daha genç yaşlarda bu tür merkezlere başvurma zorunluluğu duyulabilmektedir. Hekime erken başvurma konusunda bir başka etken de yakın çevrenin baskısıdır. Evliliğin ilk gecesinden itibaren cinsel birleşme hatta "kanlı çarşaf" gibi beklentilerin hala varolduğu ülkemizde, cinsel birleşmenin olmaması, kısa sürede aile büyükleri tarafından duyulabilmekte ve kadına, başta eşi olmak üzere yakın çevresinden hekime başvurma konusunda bir baskı oluşabilmektedir. bir başka neden de, çocuk beklentisinin ülkemizde yaygın bir gelenek olmasıdır. Her iki grubun hem çocuk sayısı ortalamaları (Grup 1: 1.6 ± 0.9 ; Grup 2: 2.8 ± 1.5) ($t: -3.85$; $p < 0.001$), hem de çocuk sayısının dağılımı ($\chi^2: 19.4$; $p < 0.01$) anlamlı ölçüde farklılık göstermektedir. Grup 1'in çocuk sayısı ortalaması daha düşüktür. Ancak bu durum, esas olarak vajinismus olgularından kaynaklanmaktadır. 17 vajinismus olgusunun 16'sının hiç çocuğu yoktur. Evliliğin başlangıcından itibaren çocuk sahibi olma beklentisi, vajinismus olan kadınları ve eşlerini erkenden hekime yöneltir bir etken olmaktadır. Ayrıca, toplumumuzda son derece yaygın olan ve cinselliği cinsel birleşmeden ibaret sayan yanlış inanç da bir başka etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde daha çok cinsel birleşmeyi engelleyen vajinismus ve erektil disfonksiyon gibi cinsel sorunlar hekime başvuru nedeni olmaktadır⁽⁶⁾.

Her iki grup arasındaki yaş farkı ise dikkat çekicidir. Eş terapisi için başvuran kadınların yaş ortalaması yedi yaş daha fazladır. Bu, birçok nedenden kaynaklanıyor olabilir ancak ülkemizde bu konuda karşılaştırma yapılabilecek sistematik araştırmalar olmaması nedeniyle yoruma açık bir konu niteliğindedir.

Bu konudaki en önemli nedenlerden biri, toplumumuzdaki geleneksel aile kavramıdır. Toplumumuzda ikili ilişkilerde sorun yaşanmasının normal kabul edilmesi ve birşey yapılamaması gerektiği düşüncesi öylesine yaygındır ki, eşler çoğu zaman yaşadıklarını dışarıya aksettirmemekte, bu tabloyu kabul etmekte ve ancak süreç çok farklı bir boyuta geldiğinde yardım arama ihtiyacı hissetmektedirler. Bu boyut ise ya ayrılma/boşanma aşamasına gelmiş olması ya da evlilik içi çatışmanın kişilerin toplumsal, sosyal, mesleki, ekonomik ya da beden/ruh sağlığı alanında ciddi komplikasyonlara yol açmaya başlamasıdır.

Nitekim, 2. gruptaki olgular, ortalama evlilik sürelerini 10.5 yıl (128 ay) olarak, yaşadıkları evlilik sorununu süresinin ortalamasını ise 7 yıl (83 ay) olarak vermektedirler. Diğer bir deyişle, ortalama olarak evliliklerinin ilk üç-dört yılı uyumlu geçmekte, daha sonra ilişkilerinde uyumsuzluk ve çatışma başlamaktadır. Ancak, yardım amacıyla başvurmaları için ortalama yedi yıl daha geçmesi gerekecektir. Böylece, EDAM'a başvurduklarında otuzlu yaşların ortalarına ulaşmış olmaktadır.

Çalışma yaşamları ve meslek dağılımları karşılaştırıldığında, her iki grup arasında anlamlı derecede bir fark saptanmamıştır. Her iki grupta da, olguların yaklaşık üçte ikisi "ev hanımı" olduklarını ve çalışma yaşamlarının olmadığını belirtmişlerdir. Benzer biçimde, Yetkin ve İncesu'nun çalışmasında da kadın olguların % 60'ının ev hanımı oldukları belirtilmektedir⁽⁶⁾. Bu durum, düşük eğitim düzeyleri ile kadının toplumumuzdaki geleneksel rolü ile uyumludur.

Her iki grubun evlilik süresi ortalaması karşılaştırıldığında, 2. grubun evlilik süresi, 1. grubunkinden istatistiksel olarak anlamlı derecede uzun olduğu saptanmıştır (Grup 1: 59 ± 57 ; Grup 2: 128 ± 76) ($t: -4.32$; $p < 0.001$). Yetkin ve İncesu, çalışmalarında evlilik süresi ortalamasını 109 ay olarak vermişlerdir⁽⁶⁾. Bu, popülasyonlarının kadın/erkek karışık olmasından kaynaklanıyor olabilir. Tuğrul'un, vajinismus olan kadınlar ile yaptığı çalışmada ise ortalama evlilik süresi 36 ay olarak verilmiştir. Bizim çalışmamızda da, cinsel işlev bozukluğu olguları kendi içlerinde değerlendirildiğinde, vajinismus olgularının ortalama evlilik süresi, Tuğrul'un çalışmasıyla aynı olup (36

ay), diğer cinsel işlev bozukluğu olgularının evlilik süresine oranla ise anlamlı derecede düşük çıkmaktadır (Grup 1/vajinismus: 36 ± 51 ; Grup 1/diğer: 78 ± 56) ($t: -2.37$; $p<05$) (8).

Uluslararası literatür gözden geçirildiğinde ise, bizim çalışmamızdaki cinsel işlev bozukluğu olan olguların ortalama evlilik süresinin daha kısa olduğu, bunun da bizim çalışmamızdaki olguların daha çok vajinismus gibi cinsel yaşamın başlangıcında ortaya çıkan sorunların daha ağırlıklı olmasından, batı kaynaklı çalışmalarda ise daha çok cinsel istek azlığı gibi evlilik içi uyumsuzluk ve çatışma gibi sorunlarla içiçe geçmiş bozuklukların daha ağırlıklı olmasından kaynaklanabilir (9,12). Nitekim, bizim çalışmamızdaki cinsel işlev bozukluğu olgularının evlilikleri diğer gruba oranla belirgin düzeyde daha iyi olarak saptanmıştır.

Yaşadıkları cinsel ya da evlilik sorununun süresinin ortalaması karşılaştırıldığında, her iki grup arasında anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır. (Grup 1: 52 ± 54 ; Grup 2: 83 ± 58) ($t: -2.34$, $p>05$). Her iki grup arasındaki bu farkın oluşmasında temel etken daha önce de belirtildiği gibi vajinismus olgularının sorun süresinin kısalığıdır. Nitekim, vajinismus olguları ile diğer cinsel işlev bozukluğu olgularının sorun süreleri karşılaştırıldığında, vajinismus olgularının sorun sürelerinin anlamlı ölçüde daha kısa olduğu görülmektedir (Grup 1/vajinismus: 34 ± 52 ; Grup 1/diğer: 66 ± 53) ($t: -1.87$; $p<05$).

Vajinismus olgularının ortalama evlilik süreleri (36 ay) ile sorun sürelerinin hemen hemen aynı olduğu, yani sorunun evliliklerinin başında, diğer bir deyişle kadının cinsel yaşamının başlangıcında ortaya çıktığı, ancak bu olguların merkezimize ortalama üç yıl sonra başvurdukları anlaşılmaktadır. Bu başvuru süresi, tüm diğer gruplar arasında en düşük süredir. Tuğrul, vajinismus olgularını değerlendirdiği çalışmasında, ortalama evlilik süresi 30 ay olarak saptanmıştır (8). Çalışmasında, sorun süresine yakın bir süre olduğu tahmin edilebilir. Sungur da, çalışmasında, yarım fazlasının vajinismus olduğu kadın olguların ortalama sorun süresini 27 ay olarak vermiştir (7). Çalışmamızdaki vajinismus olgularının ortalama sorun süresi, bu iki çalışmadaki sonuçlara yakındır.

Yabancı çalışmalarda, cinsel işlev bozukluğu olgularında sorun sürelerinin 6-14 yıl arasında verildiği görülmektedir (9,12). Bu çalışmalardaki olguların cinsel işlev bozuklukları, ağırlıklı olarak cinsel istek ve organizm bozukluklarıdır. Sürenin daha uzun olması bununla ilgili olabilir.

Tanı dağılımlarına bakıldığında, en dikkat çekici nokta yukarıda da değinildiği gibi vajinismus oranının batıdaki çalışmalara oranla yüksek çıkmasıdır (9,10,13). Bilindiği üzere, vajinismus, cinselliğin tabii olduğu, cinsel yasakların ve baskıların, cinsellik konusundaki geleneksel ve tutucu değer yargılarının baskın olduğu toplumlarda daha sık rastlanmaktadır. Genel olarak bakıldığında, son yıllarda cinsellikle ilgili değer yargıları ve tutumlarda önemli değişiklikler ve açılımlar olmasına karşın, toplumumuz halen bu tanıma uyan bir toplumdur. Bu nedenle, vajinismus oranlarının yüksek olması beklenebilen bir sonuçtur.

Toplumumuzdaki kadınlarda, cinsel istek azlığının, uyarılma ve organizm bozukluklarının sık görüldüğü gerçeği, bu konuda yapılmış epidemiyolojik bir çalışma olmamasına rağmen, ruh sağlığı profesyonellerinin klinik gözlemleri arasındadır. Ancak egemen cinsellik anlayışı ve cinsel eğitimsizliğin getirdiği bir sonuç olarak, kadınların önemli bir bölümü, beden ve ruh sağlığının bir parçası olarak cinsel sağlığın ve cinsel haklarının bilincinde değildirler. Cinselliğe ilişkin birçok tutum ve davranış, erkekler için onaylanabilir hatta övünç payı çıkarılabilir bir kavram oluşturmaktayken, aynı tutum ve davranışlar kadınlar için onaylanamaz, hoşgörülemez hatta utanç payı çıkarılabilir bir kavrama dönüşebilmektedir. Cinsellikten zevk almak, organizm olmayı hatta birden fazla kez orgazm olmayı istemek, cinselliği başlatan kişi olmak, cinsel açıdan uyarıldığını ifade etmek, cinsel konuları eşyle bile olsa konuşmak, cinsel sorunları nedeniyle yardım ve çözüm aramak bunlardan yalnızca bir bölümüdür. Toplumumuzda, bu değer yargıları, yalnızca erkekler tarafından değil, birçok zaman bizzat kadınlar tarafından da paylaşılmaktadır.

Bu değer yargılarının doğal sonucu olarak, toplumumuzda, kadınların önemli bir bölümü cinsellikle ilgili bir dizi baskı ve ketlenme yaşamının ötesinde, yaşamakta olduğu cinsel sorunların ya da cinsel

işlev bozukluklarının farkına bile varamamaktadır. Yaşamakta olduğu cinsel isteksizliğin, cinsellikten öğrenmenin, cinsel birleşme sırasında duyduğu ağrının ya da hiç organizm olamamış olmanın tedavi edilmesi gereken ve edilebilen bir cinsel işlev bozukluğu olduğunun bilincinde olmayan kadınların, bu sorunlar nedeniyle hekime başvurmaları da beklenebilir bir sonuç değildir. Ayrıca, bu sorunların bilincinde olan çok sayıda kadının da, yine benzer değer yargıları nedeniyle hekime başvurmadan utanmaları ya da çekinmeleri beklenebilir bir sonuçtur.

Yukarıda belirtilen tüm etkenlerin, araştırmamızdaki başvuruya temel olan tanı dağılımını önemli ölçüde etkilediği bir gerçektir.

Çalışmamızda, her iki grubun psikiyatrik komorbiditeleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Ancak EDAM'a başvuran olgularda daha yüksek oranda (Grup 1: % 57; Grup 2: % 71) ve daha şiddetli psikiyatrik bozukluklar tabloya eşlik etmektedir.

Her iki grup açısından da, tabloya eşlik eden psikiyatrik bozukluklar daha çok hafif-orta şiddette bozukluklardır. Tanıların bu dağılımı, hem ülkemizdeki hem de yurtdışındaki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (6.7,10,13,14). En sık rastlanan tanı mizaj bozukluklarıdır ve bu da literatürle uyumludur (6.7,10).

Cinsel işlev bozukluklarında psikiyatrik komorbidite oranları, gerek ülkemizdeki, gerekse uluslararası literatürde % 30 ile % 50 arasında değişmektedir (6.7,10,13,14). Bu sonuçlar, çalışmamızdaki bulgularla uyumludur. Ancak, EDAM grubunda, daha yüksek oranlarda psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Bunun bir nedeni, bizim çalışmamızda yapılandırılmış görüşme formu uygulamış olmamız olabilir. Genellikle kısıtlı olan zamanları içerisinde, ruh sağlığı profesyonellerinin, daha çok temel soruna, diğer bir deyişle kişinin başvuru yakınması olan konuya odaklandıkları, böylece tabloya eşlik eden hafif şiddette bir psikiyatrik bozukluğu gözden kaçırma olasılıklarının mümkün olduğu düşünülebilir.

Öte yandan, psikiyatrik komorbidite ile yaş, eğitim, meslek, evlilik şekli, evlilik süresi, çocuk sayısı, sorun süresi gibi sosyodemografik veriler ve EDÖ so-

nuçları arasındaki bağlantılar χ^2 ve t testi ile araştırılmış ve bu değişkenlerin, psikiyatrik komorbiditenin oluşumunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır.

Bu konuda çok önemli bir son nokta da, cinsel işlev bozuklukları ve evlilik sorunları ile psikiyatrik komorbidite arasındaki neden-sonuç ilişkisidir. Daha önce ayrıntılı olarak değinildiği gibi, bu olgularda primer/sekonder ayırımının yapılabilmesi çok zor ve hala tartışılan bir konudur. Ayrıca, bu çalışmada, böyle bir neden-sonuç ilişkisinin ortaya konması hedeflenmemektedir. Ancak, eşlik eden psikiyatrik bozuklukların başlangıç zamanları gözönünde bulundurulduğunda, genel ibr izlem olarak, söz konusu psikiyatrik bozuklukların büyük bölümünün sekonder olarak ortaya çıktığı gözlenmiştir.

Öte yandan, bu çalışmanın sonuçlarından biri olan, psikiyatrik komorbidite saptanan olguların, saptanmayan olgulara oranla, geçmişte daha fazla psikiyatrik rahatsızlık yaşamış olduklarını belirtmiş olmaları bu neden-sonuç ilişkisi ayırımının görünenden daha zor olduğunu düşündürmektedir.

EDÖ sonuçları, evlilik sorunları nedeniyle başvuran kadın olguların oluşturduğu 2. grubun ilişkilerinin, cinsel işlev bozukluğu nedeniyle başvuran 1. grup kadınların ilişkilerine oranla "daha az uyumlu" olduğunu göstermektedir. Çalışmadaki kadınların başvuru nedenlerinden bağımsız olarak, psikiyatrik komorbidite saptanan olguların, saptanmayanlara oranla ilişkilerini "daha az uyumlu" değerlendirdikleri dikkat çekmektedir. Yine, benzer biçimde, başvuru nedenlerinden bağımsız olarak, depresif bozukluğu olan kadınlar, olmayanlara oranla ilişkilerini "daha az uyumlu" değerlendirmektedirler.

Bu sonuçlar literatürle uyumludur. Birthchnell, çalışmasında, depresif kadınların EDÖ sonuçlarının, kontrollere oranla daha "olumsuz" olduğunu belirtmektedir (15,16). Yine, hastanemizde yapılan bir tez çalışmasında Uyar, benzer sonuçlar elde etmiştir (17).

Bir sıralama yapıldığında, psikiyatrik komorbidite saptanmayan cinsel işlev bozukluğu olgularının "en uyulu ilişki" profilini çizdikleri, onları biraz daha kötü bir profille, psikiyatrik komorbidite saptanan cinsel işlev bozukluğu olgularının takip ettiği göz-

lenmektedir. Bu grubu ise, ilişkilerinde çok daha az "uyum" tanımlayan EDAM Grubu izlemektedir. EDAM grubunda, EDÖ sonuçları çok daha olumsuz olmakla birlikte, cinsel işlev bozukluğu grubunun tersine, psikiyatrik komorbiditenin varlığı, EDÖ sonuçlarında herhangi bir değişiklik yaratmamaktadır (Tablo 7). Bu sonuçlar, BIRTHCHNELL'in çalışmasındaki sonuçlarla uyumludur. BIRTHCHNELL, EDÖ sonuçlarında en olumsuz profiline, ilişki sorunları nedeniyle terapiye alınan çiftlerde bulunduğunu belirtmektedir (16).

İlişkinin niteliği ile psikiyatrik komorbidite arasında saptanan bu güçlü ilişki, birkaç yönden tartışmaya değerdir:

Birinci önemli saptama, cinsel işlev bozukluğu nedeniyle tedaviye başvuran olguların eşleriyle olan ilişkilerinin görece daha uyumlu olmasıdır. Bu durum, eş ilişkisi uyumlu olmayan çiftlerin, zaman içerisinde ayrılma ya da boşanma sürecine girmeleri ve tedaviye başvuramamaları ile açıklanabilir. Bir başka etken ise, yaşanan ve paylaşılan cinsel sorunun, çifti, birbirlerini desteklemeye, uyumsuz yönleri görmezden gelerek daha ciddi olan soruna odaklanmalarına ve böylece daha uyumlu bir ilişki profili çizmeye yönlendirmesi olabilir. Ancak, bu olgulardaki görece uyumlu ilişki profilini genelleştirerek, cinsel işlev bozukluğu yaşayan çiftlerin ilişkilerinin uyumlu olduğu şeklinde bir sonucu varmak yanlış olacaktır. Çünkü, EDÖ sonuçları, tek başına bir ilişkinin niteliğini ölçmemekte, daha çok iki ya da ikiden fazla grup ya da alt grupları birbirleriyle karşılaştırma olanağı vermektedir. Bu türden saptamalara gidebilmek için, cinsel işlev bozukluğu olan çiftlerle, hiçbir sorunu olmayan çiftlerin daha geniş ölçekli çalışmalarda karşılaştırılması gerekmektedir.

İkinci önemli saptama ise, psikiyatrik komorbidite saptanan olguların ilişkilerinin, komorbidite saptanmayan olgulara oranla daha uyumsuz çıkmasıdır. Bu sonuç, uyumsuz evliliklerin, kadınlarda reaktif olarak psikiyatrik bozukluklara neden olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ancak, çalışmamızda psikiyatrik komorbidite saptanan kadınların, geçmişlerinde de, psikiyatrik komorbidite saptanmayan olgulara oranla daha sık olarak psikiyatrik bozukluklar yaşamış olduklarının ortaya konduğu düşünülürse, bu neden-sonuç ilişkisi tersinde de yorumlanabilir. Yıllar içe-

risinde yaşanmış ve halen yaşanmakta olan psikiyatrik bozuklukların, zaman içerisinde ilişki uyumunu olumsuz yönde etkilediği ve evlilik içi çatışmaya dönüştüğü öne sürülebilir. Sonuç olarak, psikiyatrik komorbidite ile ilişkinin niteliği arasındaki neden-sonuç bağlantısı karmaşık bir süreç olup, uzun süreli izleme çalışmalarına gereksinim duyulmaktadır.

Üçüncü saptama ise, psikiyatrik komorbiditenin varlığının, EDÖ sonuçları açısından cinsel işlev bozukluğu olgularında bir fark oluşturmasına rağmen, EDAM grubunda bir fark oluşturmamasıdır. Bu sonuç, bir yandan zaten EDAM grubunun, "eleştirel" itemlerin toplamı olan EDÖ TOPLAM skorlarının çok yüksek olması, diğer bir deyişle ilişkideki uyumun zaten çok az olması nedeniyle, psikiyatrik bozukluğun ek bir olumsuzluk yaratmaması ile açıklanabilirken, diğer yandan da uzun yıllara yayılmış evlilik içi çatışmalar ile psikiyatrik bozuklukların nasıl içiçe geçtiğinin önemli bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Bu sonuçlar ışığında:

Eş terapileri ya da cinsel işlev bozukluklarının tedavileri için başvuran olgularda, çeşitli psikiyatrik bozukluklar yüksek oranda tabloya eşlik etmektedir. Bu alanda uğraşan ruh sağlığı profesyonelleri, bu konuda daha dikkatli olmalı, psikiyatrik durumu değerlendirirken yalnızca şimdiki zamanı değil, geçmişteki psikiyatrik bozuklukları da sorgulamalıdır. Mümkün olduğu ölçüde, yapılandırılmış görüşme teknikleri ve standart değerlendirme formları kullanılmalıdır.

Bu kesimlere yönelik terapi ve tedavi programları oluşturulurken, psikiyatrik komorbidite mutlaka dikkate alınmalıdır. Uygun olan olgularda, standart terapilere, uygun psikofarmakolojik tedavi yaklaşımlarının eklenmesinin, prognozu olumlu ölçüde etkileyeceği düşüncesindeyiz. Ancak bu konuda dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta antidepresif ilaçların yol açtığı cinsel yan etkileri klinisyenin gözönünde tutması gerekliliğidir (18-20).

Bu tür psikiyatrik sorunları olan kişilerin, gerek psikiyatrik komorbiditeleri, gerekse eşleriyle olan ilişkileri konusunda yapılan sistematik çalışmaların oldukça az olduğu, sonuçların çoğunluğunun klinik

gözlemlere dayalı olduğu ve metodolojideki farklılıklar nedeniyle sonuçları değerlendirmede güçlükler yaşandığı söylenebilir. Bu nedenle, benzeri sistematik çalışmaların, daha geniş ölçekle yapılmasının bu alanda çok daha fazla bilgi birikimi sağlayabileceği açıktır.

KAYNAKLAR

1. Birtchnell J: Combined Self Assessment and Partner Assessment Questionnaires for The Purpose of Examining The Marriages of Depressives. Personal Communication.
2. DSM-II R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition-Revised, Washington, American Psychiatric Association, 290-296, 1987.
3. Sorias S, Saygılı R: DSM III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID) Türkçe versiyonunun retest ve kullanıcılar arası uyuma ve güvenilirliğinin araştırılması. Ege Üniv Tıp Fakültesi Dergisi 28:2349-2356, 1989.
4. Kabakçı E, Tuğrul C, Öztan N: Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Türk Psikoloji Dergisi 8(29):31-37, 1993.
5. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Washington, American Psychiatric Association, 493-538, 1994.
6. İncesu C, Yetkin N: Assessment of 200 Subjects Referred to a Sexual Dysfunction Outpatient Clinic in Turkey. Proceedings of the XIIIth. World Congress of Sexology, 285-290, 1997.
7. Sungur M: Evaluation of Couples Referred to a Sexual Dysfunction Unit and Prognostic Factors in Sexual and Marital Therapy. Sexual and Marital Therapy, 9(3):251-265, 1994.
8. Tuğrul C, Kabakçı E: Viginismus and its Correlates. Sexual and Marital Therapy, 12(1):23-34, 1997.
9. Maurice W, Guze SB: Sexual Dysfunction and Associated Psychiatric Disorders. Comprehensive Psychiatry 11(6):539-543, 1970.
10. Fagan PJ, Schmidt CW, Wise TN, Derogatis LR: Sexual Dysfunction and Dual Psychiatric Diagnoses. Comprehensive Psychiatry 29(3):278-284, 1988.
11. Hawton K, Catalan J, Martín P, et al: Long-term Outcome of Sex Therapy. Behaviour Research Therapy 24(6):665-675, 1986.
12. Schiavi RC, Karstadt A, Schreiner P, et al: Psychometric Characteristics of Individuals with Sexual Dysfunction and Their Partners. Journal of Sex and Marital Therapy 18(3):219-230, 1992.
13. Hawton K, Catalan J: Prognostic Factors in Sex Therapy. Behaviour Research Therapy 24(4):377-385, 1986.
14. Taştan U: Erkek Cinsel İşlev Bozukluklarında Anksiyete ve Depresyon, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 9. Psikiyatri Birimi, İstanbul, 1996.
15. Birtchnell J: Depression and Family Relationships. British Journal of Psychiatry, 153:758-769, 1988.
16. Birtchnell J: Combined Self Assessment and Partner Assessment Questionnaires for The Purpose of Examining The Marriages of Depressives. Personal Communication.
17. Uyar SB: Kadınlarda Depresyon ve Aile İlişkileri. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, I. Psikiyatri Birimi, İstanbul, 1991.
18. Crenshaw TL, Goldberg JP: Sexual Aspects of Neurochemistry. Goldberg JP (ed) Sexual Pharmacology. New York, WW Norton&Company, 209-224, 1996.
19. Montejo-Gonzales AL, Liorca G, Izquierdo JA, et al: SSRI-Induced Sexual Dysfunction: Fluoxetine, Paroxetine, Sertraline and Fluvoxamine in a Prospective, Multicenter and Descriptive Clinical Study of 344 Patients. Journal of Sex & Marital Therapy 23(3):176-194, 1997.
20. Margofese HC, Assalian P: Sexual Side Effects of Antidepressants: A Review. Journal of Sex & Marital Therapy 22(3):209-217, 1996.