

# Prematüre Ejakülasyon ve Bilişsel Yöntemlerin Kullanılması

Serkan AKKOYUNLU<sup>1</sup>, Mehmet Hakan TÜRKÇAPAR<sup>2</sup>, Canan AKKOYUNLU<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uzm. Dr. Konya Beyhekim Devlet Hastanesi, Psikiyatri

<sup>2</sup>Prof. Dr. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

## Özet

**Giriş:** Prematüre ejakülasyon erkeklerde en sık rastlanılan cinsel işlev bozukluğudur. Erkek danışanlar ve eşlerinde sıklıkla gerginliğe neden olmaktadır. Tedavisinde başta durma başlama ve sıkma teknikleri olmak üzere cinsel terapi teknikleri kullanılmaktadır. Bu yazıda cinsel terapi sırasında bilişsel tekniklerin çiftle beraber diğer davranışsal yöntemlerin yanında nasıl kullanılabildiği bir olgu üzerinden ele alınmıştır.

**Olgu:** Erkek danışan ve eşi 30 ve 29 yaşlarında evli bir çift. Beş yıldır devam eden erken boşalma yakınması üzerine kadın danışanın isteği ile tedaviye başvurdular. Klinik görüşme ile prematüre ejakülasyon tanısı konan çiftte, tedavide durma başlama yönteminin kullanılmasının yanı sıra çiftin cinsellik ile ilgili işlevsel olmayan inanışları bilişsel yöntemlerle de ele alınarak tedavi süreci yürütülmüştür.

**Tartışma:** Prematüre ejakülasyon çiftler arasında ilişki sorunları yaratan bir durumdur. Tedavisinde kullanılmakta olan durma başlama ve sıkma tekniklerinin etkin olduğu kabul edilmesine karşın son dönemde bu etkinlik sorgulanmaktadır. Davranışçı yöntemlerin yanında cinsellik ile ilgili işlevsel olmayan inançların bilişsel yöntemler kullanılarak her iki çiftte de zayıflatılması, hem çiftin bu sorunun üstesinde gelebilmesine yardımcı olacak hem de karşılıklı yaşadıkları cinsel doyum ve yaklaşmayı arttıracaktır. (**Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2013; 2: 47-52**)

**Anahtar Sözcükler:** Cinsel İşlev Bozukluğu, Erken Boşalma, Bilişsel Terapi

## Abstract

### Premature Ejaculation and Utilization of Cognitive Techniques

**Introduction:** Premature ejaculation is the most common male sexual dysfunction leading to distress in many couples. Master and Johnson emphasized the concept of early learned experiences and Kaplan emphasized lack of sensory awareness. For treatment sex therapists mainly utilize start-stop and squeeze techniques as homework. Couples enter sex therapy with some cognitive distortions and beliefs about sex and sexuality. These beliefs are also named sexual myths. For some couples using techniques to challenge cognitive distortions and maladaptive beliefs about sex and sexuality can be used. In this paper by presenting a case we discussed how cognitive techniques can be used along with behaviour techniques with couples.

**Case:** Presenting clients are five years married couple who are thirty and twenty nine years old respectively. They attended to the outpatient clinic with the request of the female client. Their main complaint was premature ejaculation. They were diagnosed premature ejaculation using clinical interview. In treatment besides start and stop technique, cognitive techniques were utilized to address dysfunctional beliefs about sexuality.

**Discussion:** Premature ejaculation is a male sexual dysfunction that causes distress and intimacy problems between couples. Stop start and squeeze techniques were accepted as the choice of treatment but their effectiveness is questioned recently. Also cognitive distortions and maladaptive beliefs may hamper therapy progress. Besides that, behavioral techniques utilizing cognitive techniques to lessen the degree of dysfunctional beliefs about sex and sexuality may help the couple to overcome premature ejaculation and enhance sexual satisfaction and intimacy. (**Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research 2013, 2: 47-52**)

**Key words:** Sexual Dysfunction, Premature ejaculation, Cognitive Therapy

## GİRİŞ

Erken boşalma çiftler arasında gerginlik ve ilişki sorunları yaratan ve sık rastlanılan bir erkek cinsel işlev bozukluğudur. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda kesitsel olarak dünyada %20 ila %30 oranında sıklık gösterdiği bildirilmektedir (Montorsi 2005). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise prematüre ejakülasyon prevalansı %36.5 bulunurken başka bir çalışmada ise %25.7 olarak bulunmuştur (Balcı ve ark. 2009, Tekdoğan ve ark. 2003). 5 ayrı ülkede yapılan bir çalışmada ise vajinaya girişten boşalmaya kadar olan zaman (intravajinal ejakülasyon zamanı-IVEZ) Türk erkeklerinde 4.4 dakika ile beş ülke arasındaki en kısa süre olarak bulunmuştur. (Waldinger ve ark. 2009a)

Bu bildirilen yüksek yaygınlığa karşın cinsel işlev bozukluğunun nasıl tanımlanması gerektiğine dair halen tartışmalar mevcuttur. Bunun en önemli nedeni boşalma süresiyle ilgili olarak normalin tanımlanmasında yaşanan sorunlardır. Halen kullanılmakta olan olan DSM IV-TR psikiyatrik sınıflandırma sisteminde erken boşalma sürekli ve yineleyici bir biçimde çok az bir cinsel uyarılma ile kişinin istemesinden önce, vajinaya girme öncesi, girer girmez ya da hemen sonra ejakülasyon olması olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000). Masters ve Johnson (1970) ise bunu süre ile değil erkeğin ilişkilerinin en az yarısında partnerini tatmin edemeyecek şekilde boşalma üzerinde kontrolü olmaması şeklinde tanımlamaktadır. Özellikle eşin tepkilerini göz önüne alan bu tanım Kaplan (1989) tarafından gerçekçi olmadığı ve çifte fayda sağlamadığı yönünden eleştirilmiş, hatta bir cinsel mit olarak görülmüştür.

2013 yılı mayıs ayında yayınlanması beklenen DSM sınıflama sisteminin güncellenen biçimi olan DSM-V’de bu tanımda değişiklik yapılması beklenmektedir. Beklenen değişiklik Uluslararası Cinsel Tıp Derneği (ISSM) tarafından prematüre ejakülasyonu tanımlamak için oluşturulan komitenin tanımının kabul edilmesidir. Buna göre prematüre ejakülasyon tanısı koymak için ejakülasyonun her zaman ya da hemen hemen her zaman vajinaya girişten önce veya vajinaya girişten sonraki 1 dakika içerisinde olması, hemen her vajinal girişte meydana gelmesi ve sıkıntı, kafaya takma, hayal kırıklığı veya cinsel yakınlaşmadan kaçınmaya ve kişisel olumsuz sonuçlara yol açması gerekmektedir (McMahon ve ark. 2008).

Bu bozukluğun bilimsel olarak tanımlanmasında bile uzlaşma sağlanmasında zorlanılırken cinsel

tedavi için başvuran çiftler açısından da cinsellik ve cinselliğin nasıl olması gerektiğine yönelik çeşitli farklı düşünce kalıpları ve inanışlar bulunması beklenebilir. Althof (2009) erektil disfonksiyonda tanımlanmış olan cinsel işlevlere olumsuz etki eden eden 8 tip bilişsel çarpıtmayı erken boşalmaya uyarlamıştır. Bunlar ya hep ya hiç şeklinde düşünme (erken boşaldığım için bir hiçim), aşırı genelleme (dün erken boşaldıysam bu gece de erken boşalırım), olumluyu yok sayma (eşim ilişkimizin iyi olduğunu söylüyor çünkü beni üzmem istemiyor), zihin okuma (sormama gerek yok onun dün gece ne hissettiğini biliyorum), falcılık (işlerin bu gece kötü gideceğini biliyorum), duygusal çıkarsama (bir erkek bir şey hissediyor ise bu doğrudur), koşulsuz zorunluluklar (-meli, -malı ifadelerinin erkeğin bilişsel süreçlerini işgal etmesi) ve felaketleştirmedir (bu gece başarısız olacak ve kız arkadaşım beni terk edecek). Bu bilişsel çarpıtmalar ilişkiyi ve tedavi süreçlerini etkilemektedir. Bu inanışlar sıklıkla cinsel mitler olarak adlandırılmaktadır ve özellik olarak işlevsel olmayan sayılıtlara ya da ara inançlara benzemektedirler.

Bu olgu sunumunda prematüre ejakülasyon tanısı almış bir çift sunulmaktadır. Erkek danışan ile davranışçı yöntem olan, durma tekrar başlama yöntemi ile tedavisi sürdürülürken, diğer yandan cinsel ilişkiyle ilgili işlevsel olmayan inançlara bilişsel yöntemlerle nasıl müdahale edildiği ele alınmıştır.

## OLGU

30 yaşında, ilkökul mezunu, alt gelir gurubundan, rençber erkek danışan. 5 yıldır evli, cinsel isteksizlik ve erken boşalma şikâyetleri ile kliniğimize eşinin yönlendirmesi ile eşi ile beraber başvurdu. Başvuru yakınması cinsel birleşmenin hemen başında vajinaya girmesi ile beraber ya da hemen sonrasında ilk yarım dakikada boşalması idi. Şikâyetlerinin evlenmesi ile başladığını bildirmesine karşın bu durum evlenmeden önce de mastürbasyon sırasında mevcuttu. Cinsel partneri olmaması sebebi ile danışan tarafından sorun olarak görülmemekte idi. Evlilik öncesi herhangi bir cinsel travma ya da erken boşalmaya koşullayacak herhangi bir yaşantı tarif etmiyordu. Cinselliğe ilgi mevcuttu ve fanteziler kurmakta idi. Evlilikle beraber sorun gün yüzüne çıkmaya başlamıştı. İlk dönemde bu durumun zamanla düzeleceğini düşünmesine karşın sorun sürdükçe hayal kırıklığına uğramıştı ve kendisini yetersiz olarak görmeye başladığını ifade ediyordu. Gün içinde bu düşünceler ve cinsel performansı ile uğraştığını bunun ile ilgili huzursuzluğu olduğu ve tekrar cinsel birleşmede aynı sorunu yaşayacağından korkmakta olduğunu belirtmekte idi. İlişki sırasında

aklına farklı şeyler getirmeye çalışmak, dikkatini dağıtmak, sevişmeden birleşme yaşamak, cinsel ilişki öncesinde masturbasyon yapmak gibi yöntemler denemesine karşın sorun devam etmişti. Sorun tekrarladıkça kendisine olan güveni daha da azalmıştı ve kendisini “yarım erkek” olarak görmeye başladığını beyan ediyordu. Dahası zamanla cinselliğe olan ilgisi azalmıştı, sorunun çözüleceğine olan inancı da azdı. Son altı ay ila bir senedir aktif olarak cinsel ilişkinin gündeme gelebileceği durumlardan kaçınmakta idi. Daha öncesinde aynı şikâyetler ile 2 yıl kadar önce kısa süreli, 2 aylık paroksetin ve sertralin kullanım öyküsü mevcuttu. Cinsel birleşme süreleri bu tedavi ile iki katına kadar uzamıştı. Buna karşın ilacın kesilmesi ile beraber bu süre eski haline dönmüştü.

Erkek danışanın özgeçmişinde belirgin özellik yoktu. Bilinen bir dahili ve ürolojik yakınması ve hastalığı yoktu, halen herhangi bir ilaç kullanmamakta, sigara, alkol ya da madde kullanımı beyan etmemekte idi. Yapılan ruhsal durum muayenesinde öz bakımı yerindeydi. Görüşmeciyeye karşı ilgili idi. Duygulanımı huzursuzluk telkin ediyordu. Düşünce içeriğinde cinsel performansı ile ilgili ruminatif uğraşları bulunuyordu. Düşünce süreci doğaldı. Algısal alanda patoloji saptanmadı. Yargılama ve gerçeği değerlendirmesi yerinde idi ve zeka düzeyi normal izlenimi veriyordu.

Hastanın eşi 29 yaşında, ilkokul mezunu, ev hanımı bir kadın idi. Ruhsal durum muayenesinde herhangi bir majör eksen-I patolojisi saptanmadı, daha önceden psikiyatrik başvurusu yoktu. Cinsel yaşam yaşayabilmek için eşini tedaviye getirdiğini belirtmekte idi. Kendisini cinsel yönden çekici buluyor, cinsel arzular duyuyor ve gün içinde çeşitli fanteziler oluşturuyordu. Kendisinde herhangi bir sorun görmediğini belirtiyordu. Sorunun yaşandığı ilk dönemde eşinin düzeleceğini düşündüğü için destek olurken sonrasında eşine karşı olan öfkesinin arttığını belirtmekte idi. Eşini sorunu çözmeye çalışmamakla ve kendisine ilgi göstermemekle suçluyordu. Sıklıkla ilişkiyi kendisinin başlatmasından rahatsız olduğunu belirtiyordu. Erkek danışana karşı bu konularda eleştirel bir tutum takınıyordu. Bu bazen eşini azarlama noktasına kadar gelebiliyordu. Davranışlarının etkilerine dair iç görüşü kısıtlıydı. Çift çocuk sahibi olmamasına karşın kadın danışan bunu ikincil önemi olan bir durum olarak değerlendirmekteydi. Erkek hasta ise eşi ile ilişkisinin bozulmasının üstesinden gelmeyi amaçladığını belirtmekte idi.

Erkek danışan ile yapılan klinik görüşme sonrasında prematüre ejakülasyon, yaşam boyu tip tanısı kondu ve eşi ile beraber terapiye alındı.

Hastanın rahatsızlığı ilk olarak cinsel uyarılmaya farkındalığının düşük olduğu, bununla bağlantılı olarak da boşalma üzerinde kontrolün öğrenilmediği şeklinde kavramlaştırıldı. İlaveten erken boşalma sorunu çiftin duygusal ilişkisinde gerilime sebep olmaktadır. Erkek danışanın erken boşalmasını eşi kendisine yapılan bir haksızlık olarak görmekte ve öfke hissetmekte, erkek danışanı eleştirerek cevap vermekte idi. Bu eleştiriler sonrasında hasta kendisini yetersiz görmekte, gün içinde cinsel performansı ile ilgili ruminatif düşünceler ile uğraşmakta, kaygısı artmakta dahası ilişkide geri çekilmekteydi. Cinsel ilişkiyi kendisi başlatmaktan kaçınma, cinsel ilişki ihtimalini azaltmak için eve geç gelmek gibi kaçınmalarda bulunuyordu. Hastanın bu şekilde davranması eşinin öfkesini daha da arttırmakta ve daha eleştirel olmasına sebep olmaktadır. Böylece kısır döngüyü tamamlanıyordu.

Değerlendirme görüşmelerinden sonra terapiye ilk olarak cinsel birleşmenin yasaklanması, psikoeğitim ile başlandı ve erkek danışanın durma tekrar başlama yöntemini kendi başına uygulaması ödevleri ile sürdürüldü. Danışanın 20-30 saniye kadar olan boşalma süresi bu yöntemle yaklaşık 3 dakikaya kadar uzadı. Sonrasında eşle beraber aynı yöntemi uygulamaya başladıklarında daha öncesinde var olan kaçınma davranışları erkek danışanın eve geç gelmesi ve böylece ödevleri uygulayamaması şeklinde kendisini göstermeye başladı. Bu davranışların kaçınma olduğunun çiftle paylaşılmasından sonra çiftin bununla ilişkili inanışları (“Sadece vajinal yolla orgazm olunabilir”, “eşimi penis ile tatmin etmeliyim”, “erken boşalma tam bir erkek olmadığım anlamına gelir” gibi) bilişsel yöntemler ve örnek görüşmede verilen duyumlara odaklanma egzersizi şeklindeki davranış deneyleri ile ele alındı. Bu aşamadan sonra ilişkideki gerilimin azalması ile durma başlama ödevlerine geri dönüldü. Tedavi sonrasında boşalma süresi 3 ila 4 dakika civarına kadar çıkarken çiftin cinsel tatminlerinde de artış sağlandı.

## ÖRNEK GÖRÜŞME

**Terapist (T):** Ödevlerin yapılması gündeme geldiğinde eşinize karşı öfkeli olduğunuzu belirttiniz, sizi öfkeliendiren neydi?

**Kadın danışan (KD):** Beş yıllık evliyiz ve cinsellikten herhalde hiçbir zaman keyif alamayacağım, a. erken boşalıyor ve biz ilişkiye giremiyoruz.

**T:** Bu durumdan eşinizin sorumlu olduğunu düşünüyorsunuz.

**KD:** Yani evet sonuçta erken boşalan o ve biz bir ilişkiye giremiyoruz, ben cinselliğimi yaşamak istiyorum, o erken boşalınca orgazm olamıyorum.

**T:** Biraz sıkıntılı görünüyorsunuz.

**Erkek Danışan (ED):** Yani.

**T:** Siz ne hissettiniz eşiniz bunları söyleyince?

**ED:** Tabi haklı eşim.

**T:** Eşinizin doğru söylediğini düşündünüz, kendinizi nasıl birisi olarak gördünüz?

**ED:** Yarım erkek, erkek değilim gibi.

**T:** Kendinizi, "yarım erkek" gibi erkek değil gibi, bunu söylerken ne anlamda söylüyorsunuz?

**ED:** Beceriksiz ve yetersiz... Cinsel anlamda.

**T:** Peki tam erkek olmanız için ne olması gerekir?

**ED:** Eşimin orgazm olması gerekir.

**KD:** Evet, ben de bunu istiyorum, eşim böyle devam eder ise hiçbir zaman olmayacak.

**T:** Daha önce görüşmüştük başka türlü bir cinsel ilişki ya da tatmin yolu olabilir mi?

**KD:** Böyle olması gerektiğini düşünüyorum.

**T:** Siz ne düşünüyorsunuz?

**ED:** Yani evet bence de böyle olmalı, ideali bu.

**T:** Yani siz (Kadın danışana dönerek) diyorsunuz ki cinsel birleşme ile vajina yoluyla orgazma ulaşmalıyım diyorsunuz ve siz de (erkek danışana dönerek) bunun olmamasının sizin yarım erkek olduğunuzu gösterdiğine inanıyorsunuz. Bunlara, bu düşüncelere ne kadar inandığınızı puanlayabilir misiniz, 0-100 arasında? (-meli, -malı; işlevsel olmayan cinsel inanç ve damgalama)

**KD:** %80.

**ED:** %85.

**T:** Peki bu şekilde düşünmek sizleri nasıl etkiliyor?

Bu noktadan sonra çiftlerle birlikte bu düşüncelerin ne kadar gerçekliği yansıttığı, ilişkiye ve cinselliğe nasıl etki ettiği kanıt inceleme, yarar zarar analizi, psikoeğitim ile ilgili kısımların tekrar gözden geçirilmesi gibi yöntemler ile incelendi. Sonrasında kadın danışana kendi başına mastürbasyon ve daha sonrasında cinsel organlarla birleşme olmadan genital duyumlara odaklanma ödevi, birbirine mastürbasyon yapması istendi.

**T:** Peki şimdiye kadar cinsel organlar ile birleşme olmadan orgazm olabileceğini konuştuk. Bunu bir deney olarak yapmanızı istiyorum. (Danışanlara

mastürbasyon ve genital duyumlara odaklanma tarif edilir) Peki tahmininiz nedir bu ödev nasıl sonuçlanır?

**KD:** Çok da bilmiyorum konuştuklarımıza göre tatmin edici bir yanı olması lazım ama net kestiremiyorum.

**T:** (erkek danışana dönerek) Peki ya siz, ne dersiniz?

**ED:** Eşime bağlı. O tatmin olursa iyi olur tabii.

**T:** O zaman iki ihtimal var birincisi önceki ilişkilerinizden herhangi bir farkı olmaz, ikincisi az ya da çok tatmin edici olur veya orgazma ulaşırsınız.

**ED:** Evet.

**T:** İkincisi olursa bu ne anlama gelir?

**KD:** Konuştuğumuz gibi cinselliğin sadece birleşme olmadığı, başka şekilde de tatmin olunabileceği anlamına gelir.

(duyumlara odaklanmanın ne şekilde ve nasıl yapılacağı tekrar gözden geçirilerek seans sonlandırıldı)

Bir sonraki seansta ödev gözden geçirildi.

**T:** Evet ödeviniz nasıl geçti?

**KD:** İyi şeyler oldu(güler).

**ED:** Evet bu hafta iyiydi.

**T:** Ne oldu tam olarak?

**KD:** Kendi başıma mastürbasyon yaptım, ama eşimle yaptığım daha iyi idi.

**T:** Ne gibi?

**KD:** Eşimle beraber eli ile beni uyardığında şey yaptığımızda orgazm oldum.

(Daha detaylı olarak ne olduğunu terapistin sorması üzerine süreci detaylı olarak anlatır.)

**T:** (Erkek danışana dönerek) Peki siz ne hissettiniz?

**ED:** Eşimin dediği gibi, eşim orgazm oldu, kendimi daha iyi hissettim.

**T:** Daha öncesinde penisin vajina ile birleşmesi sonrasında orgazm olması gerektiğine inanıyordunuz ve siz de (erkek danışana) böyle olmamasının yarım erkek olduğunuzu gösterdiğini söylemiştiniz. Şimdi ne düşünüyorsunuz?

**KD:** Evet, seks başka türlü de olabiliyormuş. İnsan böyle de tatmin olabiliyormuş.

**ED:** Evet birleşme olmadan da seks olabiliyormuş.

**T:** Ne kadar inanıyorsunuz buna?

**KD:** Çoğunlukla.

**ED:** Yani evet ben de %80 diyebilirim.

**T:** Yarım erkek olduğun konusunda.....

**ED:** Eşimi tatmin edebildiğimi gördüm. Bu beni rahatlattı. Yarım erkeklik de daha öncesinde konuştuğumuz gibi bir damgalama.

**T:** Beceriksizlik ve yetersizlik?

**ED:** Dediğim gibi birleşmesiz eşimi tatmin edebilmem beni rahatlattı. Eskisi gibi gün içinde bunlarla uğraşmıyorum.

Bu görüşme ve devam eden terapi süreci sonrasında gerek bilişsel müdahaleler ve gerekse de davranışçı müdahale ve ödevlerle danışanların cinsellik ile ilgili inanışlarında değişiklikler oldu. Özellikle kadın danışanın eleştirel tavırları belirgin ölçüde azaldı. Tatmin olduğunu olabildiğini belirtmeye başladı. Bu durum erkek danışanın performansı hakkındaki ruminatif uğraşlarının azalmasına yardımcı oldu, kaçınmaları ortadan kalkmaya başladı. Terapinin ilerleyen sürecinde başlama ve durma teknikleri tekrar uygulanmaya başladı. Danışanlar bu ödevleri birlikte uygulamaya devam ettiler ve bazen en az iki seferde bir kez olarak erkeğin boşalmasından sonra genital duyumlara odaklanma egzersizleri yaptılar. Tedavinin sonunda erkek danışanın boşalma süresi 3-4 dakika civarına çıktı ve çiftin cinsel doyumunda belirgin artış sağlandı. Buna karşın tedavi süresince kadının vajinal giriş yolu ile orgazm olması gerçekleşmedi.

## TARTIŞMA

Erken boşalma hem etkilenen erkeklerin hem de eşlerinin yaşam kalitelerinin bozmaktadır. Erkeklerin kendilik imgeleri, cinsel özgüvenleri bozulmakta ve cinsellikten ve de yakın ilişkiler kurmaktan kaçınmaktadırlar. Çiftlerde cinsel tatmin azalmakta, erkeğin yaşadığı sıkıntıdan ötürü birliktelikler ani olarak sonlanabilmektedir. Ayrıca kadınlar partnerlerine karşı kendilerine önem vermedikleri, durumun üstesinden gelmek için yeterince uğraşmadıkları için öfke duymakta, erkekler ise sıkıntılarının anlaşılmadığını düşünmektedir. Sonuç olarak yakın ilişki bozulmaktadır. (Althof 2009)

Psikolojik teoriler erken boşalmanın, boşalma ile ilgili duyuların farkındalığındaki yetersizliğe (Kaplan 1989) veya erken dönemdeki yaşantılara bağlı olarak gelişen bir koşullanma olduğuna dayanmaktadır (Masters ve Johnson 1970). Tedavide ise durma başlama ve sıkma yöntemleri önermektedirler. Yapılan ilk çalışmalarda bu yöntemler yüksek oranda etkili gözükmelerine karşın son dönemde metodolojik olarak eleştirilmektedir ve bu yöntemlerin etkinlikleri tartışılmaktadır (Waldinger 2009b). Cinsel terapi ise sadece boşalma süresini arttırmayı hedeflemekte,

yakın ilişkinin onarılması da hedeflerin arasında yer almaktadır. Nitekim Kaplan (1989), bu durumu yaşayan birçok çiftin bunu bir problem olarak görmediğini bildirmektedir. Vakamızda kullanılan bilişsel yöntemler de çiftin cinsel inanışlarını ve çarpıtmalarını değiştirerek ilişki probleminin azalmasına hizmet etmekte idi.

Bu vakada çiftin cinsellikle ilgili inançları ve birbirlerine yönelik ilişkili tutumları ve erkek danışanda ortaya çıkan kaçınma, çiftin cinsel sorununun üstesinden gelmesine ve cinsel doyumlarının artmasına engel olmaktadır. Terapi sadece davranışçı yöntemlerin kullanılması durumunda sekteye uğrayacaktı. Bu bağlamda bilişsel yöntemlerin kullanılması çiftin cinsellik ile ilgili inanış ve beklentilerini, kadın danışanın eleştirel tavrını, erkek danışanın performans kaygısı ve ruminatif uğraşlarını değiştirmiş ve tedavinin diğer yöntemlerle devam edebilmesini sağlamıştır. Kullanılan davranışçı yöntemler ile boşalma süresi 3 dakika civarında uzamasına karşın vajinal giriş yolu ile kadın orgazmı sağlanamamıştır buna karşın cinsellikle ilgili beklentilerin değişmesi ve farklı cinsel davranış repertuarlarının geliştirilmesi çiftin cinsel doyumunu büyük oranda arttırmıştır.

## SONUÇ

Erken boşalma sık olarak görülen, çiftler arasında problem yaratan bir cinsel işlev bozukluğudur. Boşalma üzerindeki kontrolün öğrenilmemiş olması bu durumun sebebi olarak görülmekte ve başlama durma, sıkma gibi davranışçı teknikler uygulanmaktadır. Buna karşın çiftler sıklıkla cinsellik ve erken boşalma ile ilgili işlevsel olmayan tutumlar ve bunun sonucu olarak bozukluğu sürdüren davranışlar ile tedaviye başvurmaktadırlar. Erkekler bu durumu bir eksikliğin göstergesi olarak alabilmekte, kadın ise öfkeli ve eleştirel olabilmektedir. Bu olumsuz tutumların, inançların sürmesi tedavi sürecini de aksatmaktadır. Davranışçı yöntemlerin yanında bu işlevsel olmayan tutum ve davranışların bilişsel yöntemler kullanılarak her iki çiftte de zayıflatılması, sıklığının azaltılması hem çiftin bu sorunun üstesinden gelmesine yardımcı olacak hem de karşılıklı yaşadıkları cinsel doyum ve yakınlaşmayı arttırabilecektir.

## KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (Çev. Ed.: E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
- Althof SE (2009) Treatment of Rapid Ejaculation Psychotherapy, Pharmacotherapy and Combined Therapy. Principles and

- Practice of Sex Therapy, Leiblum SR (Ed), The Guilford Press, New York, s.212- 241.
- Balcı M, Aslan Y, Aydın AÖ ve ark. (2009) Türk erkeklerinde cinsel fonksiyon bozukluğu taraması: Anket çalışması. Ortadoğu Tıp Dergisi, 4: 108-113.
- Kaplan H (1989) PE: How to overcome premature ejaculation. Brunner/Mazel, New York.
- McMahon CG, Althof S, Waldinger MD ve ark. (2008) An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: Report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. J Sex Med, 51: 590–606.
- Masters WH, Johnson VE (1970) Premature ejaculation. Human Sexual Inadequacy, Editors: Masters WH, Johnson VE. Little, Brown and Co, Boston, s. 92-115.
- Montorsi F (2005) Prevalence of premature ejaculation: A global and regional perspective. J Sex Med, 1(Suppl. 2): 96–102.
- Tekdoğan ÜY, Aslan Y, Güngör S ve ark. (2003) Türk toplumundaki erkeklerde cinsel fonksiyon bozukluk taraması. Üroloji Bülteni, 14:188-92.
- Waldinger MD, McIntosh J, Schweitzer DH (2009) A Five-nation Survey to Assess the Distribution of the Intravaginal Ejaculatory Latency Time among the General Male Population. Sex Med, 6: 2888–2895.
- Waldinger MD (2009) Delayed and Premature Ejaculation. Balon ve Clinical Manual of Sexual Disorders, Editors: Balon R ve Segreves RT, American Psychiatric Press, New York, s 304-335.

*Yazışma adresi/Address for correspondence:*

Serkan Akkoyunlu: sakkoyunlu@gmail.com

Alınma Tarihi: 04.02.2013  
Received: 04.02.2013

Kabul Tarihi: 17.03.2013  
Accepted: 17.03.2013