

Cinsel İşlev Bozukluklarında İlk Basamak Değerlendirme ve Ayırıcı Tanı

Uz. Dr. Cem İNCESU*

Özet

Sık görülmelerine karşın cinsel işlev bozuklukları hekimler tarafından çok az bilinen bir alanı oluşturmaktadır. Cinsel işlev bozuklukları, konusu gereği multidisipliner bir alan olup değerlendirme ve tedavisi disiplinler arası yakın bir işbirliği gerektirmektedir. Aynı multidisipliner boyut ayırıcı tanı ve değerlendirme sürecini de güçleştirmektedir. Bu yazıda cinsel işlev bozukluklarının ilk basamaktaki ayırıcı tanı ve değerlendirme süreci ile aynı sürecin ülkemizdeki durumu tartışılmıştır.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1999;2:39-48

Cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkışında ve devamında çok sayıda etkenin rol oynadığı ve karşılıklı olarak birbirlerini etkiledikleri bilinmektedir. Bu konuda önemli noktalardan biri de, psikojenik etkenler ile organik etkenlerin birlikte rol oynamaları ve kimi zaman psikojenik etiyoloji ile organik etiyolojinin karşılıklı olarak nerede başlayıp nerede bittiklerinin konuyla ilgili profesyonellerce bile ayırt edilememesidir. Doğal bir sonuç olarak, bu alanda en çok tartışılan ve konunun uzmanı olmayan hekimlerin ayırt etmekte zorlandıkları noktalardan biri de cinsel sorunlarla başvuran kişilerde psikojenik/organik ayırımının hangi ölçütlerle yapılacağı, hangi tetkiklerin isteneceği ve gerektiğinde hangi uzmanlık alanlarına sevkedileceği konusudur.

Cinsel işlev bozukluklarının değerlendirme ve tedavisinde psikiyatri, endokrinoloji, nöroloji, radyo-

loji, üroloji ve jinekoloji gibi bir çok tıp disiplininin yeri ve rolü vardır. Ancak cinsel işlev bozuklukları söz konusu olduğunda, sorumluluğu en üst düzeyde olması gereken ilk tıp disiplini psikiyatri olmak durumundadır. Bunun bir kaç nedeni vardır:

Birincisi, kadın ve erkek cinsel işlev bozuklukları bir bütün olarak ele alındığında, cinsel işlev bozukluklarının etiyolojisinde en sık rastlanan etkenin psiko-sosyal nedenler olmasıdır. Tablo 1'de toplu olarak verilen bu etkenler, yalnızca cinsel işlev bozukluğunun oluşması için uygun bir zemin oluşturmakla kalmamakta, aynı zamanda bozukluğu başlatıcı ve sürdürücü olarak da işlev görebilmektedir. Hawton'un aslında psikojenik erektil işlev bozukluğunun oluşumundaki etkenleri açıklamak için düzenlemiş ve yayınlamış olduğu bu tabloda belirtilen etkenler kadın ya da erkekte görülen tüm cinsel işlev bozuklukları için büyük ölçüde geçerli olmaktadır. Konunun uzmanlarınca, cinsel işlev bozukluklarının karmaşık patogenezini tanımlamada son derece

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Cinsel İşlev Bozuklukları Polikliniği, İSTANBUL

başarılı olduğu kabul edilen bu tablo, bir bakıma bu alanda psikiyatrinin rolünü ve önemini de ortaya koymaktadır.

İkincisi, cinsel işlev bozukluklarında etiyolojik nedenin organik olması durumunda bile psikiyatrinin rolünün bitmemesidir. Etiyolojinin organik bir bozukluk ya da sistemik bir hastalık olduğu durumlarda, Tablo 1’de belirtilen birçok psikojenik ve psikososyal etken devreye girmektedir. Yapılan çeşitli araştırmalar, cinsel işlev bozukluğu bulunan kişilerin üçte biri ile yarısında, tabloya psikiyatrik bir hastalığın eşlik etmekte olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, etiyolojiyi oluşturan organik bozukluğun tedavisine ek olarak psikiyatrik yaklaşım ve tedavinin de uygulanmasını zorunlu kılmaktadır.

Üçüncüsü ise, psikiyatri ile kadın ya da erkek tüm cinsel işlev bozuklukları arasında, depresyondan tüm anksiyete bozukluklarına, antidepresanlardan psikotepilere kadar çok geniş bir kesişim kümesinin bulunmasıdır. Bunun doğal sonucu olarak bugün, Psikiyatri Anabilim Dalı, kadın ve erkek tüm cinsel işlev bozukluklarının bir bütün olarak sınıflandırmalarında ve uzmanlık eğitiminde yer veren tek anabilim dalıdır. Bugün, İstanbul, Ankara, Cerrahpaşa Tıp Fakülteleri Psikiyatri Anabilim dalları ile Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi bünyesinde cinsel işlev bozuklukları alanında özelleşmiş merkezler bulunmakta ve son yıllarda bu merkezlerde yapılan çeşitli akademik çalışma ve yayınların sayısı hızla artmaktadır.

Ülkemizde cinsel işlev bozukluklarına, sınıflandırma sistemlerinde ve uzmanlık eğitimlerinde yer veren tıp fakültelerinin bünyelerinde, bu alanda özelleşmiş uzmanları ya da merkezleri barındıran bir başka anabilim dalının ise Üroloji Anabilim Dalı olduğunu görmekteyiz. Ürologların, temel olarak erkek cinsel işlev bozuklukları, özellikle de erektil işlev bozuklukları üzerine yoğunlaştıkları dikkat çekmektedir.

Çeşitli tıp disiplinlerinde, cinsel işlev bozuklukları alanında özelleşmiş uzman ve merkezlerin çoğalmasının, disiplinler arası işbirliğini olumlu yönde etkileyeceği ve dolayısıyla bu alandaki hizmet üretkenliğini arttıracığı düşünülebilir.

A. Cinsel işlev bozukluklarının tanısında ilk ve en önemli adım: Öykü alma

Cinsel bir yakınmayla hekime başvuran kişilerde, doğru bir tanı ve buna bağlı olarak doğru bir tedaviye giden yolda en önemli basamak, ilk bir ya da iki görüşmede alınacak ayrıntılı ve sistematik bir

anamnezdır. Anamnezin bu kadar önemli olduğu ve tek başına ayırıcı tanıya olanak sağladığı az sayıda hastalık grubu vardır. İleride de ayrıntılı olarak anlatılacağı gibi, cinsel işlev bozukluklarında iyi bir anamnez yalnızca ayırıcı tanıya olanak sağlamaz, uygun bir danışmanlık/bilgilendirme ile birçok sorunun çözümünü de sağlayabilir. Ancak cinsel yakınmalarla başvuran ya da böyle bir yakınmayla başvurmasa bile cinsel işlevle ilgili ayrıntılı bilgi alınması gereken hastalarda iyi bir anamnez almanın önünde engeller vardır. Bu engellerin iyi bilinmesi ve en başından önleminin alınması gerekir. Aksi takdirde, teknik olarak ne kadar kusursuz olursa olsun sağlıklı bir bilgi alabilmek ve doğru bir sonuca varmak mümkün olmayabilir. Bu engeller şöyle sıralanabilir:

Hekimin ya da sağlık profesyonelinin önyargıları:

Ülkemizde, sistematik olarak ne tıp eğitiminde, ne uzmanlık eğitimlerinde, ne de hizmet içi eğitim programlarında cinsellik kavramı, cinsellik ile ilgili etik değerler ya da benzeri kavramsal konulara yer verilmediğini hepimiz bilmekteyiz. Tüm bunların doğal sonucu, toplumun herhangi bir bireyine oranla daha nesnel, daha donanımlı ve daha çağdaş olması beklenen hekimlerin ve sağlık personelinin, bu farkı yaratacak olan eğitim ve öğretim olanaklarından yoksun kalmalarıdır. Böylece, hekimlerin cinselliğe bakış açıları da, toplumun genel değer yargılarının etkisi altında kalmakta ve cinsellik, hekimler için de bir tabu olmaktan öteye geçmemektedir.

Hekimin ya da sağlık profesyonelinin bilgi eksikliği:

Yukarıda belirtilen nedenlerle, ülkemizde cinsel sorunların değerlendirilmesi, ayırıcı tanı ve tedavileri konusunda hekimlerin bilgi birikimi istenilen düzeyde değildir. Ayrıca hekimlerin, yaptıkları hasta görüşmelerinde cinsel işlevleri sorgulama alışkanlığı bulunmamaktadır. Oysa, herhangi bir cinsel yakınmayla başvurulduğunda bir hekimin cinsel işlevleri değerlendirebilmesi ve ayırıcı tanı yapabilmesi gerekmektedir. Bunu yapabilen tüm hekimlerin, basit bir danışma ya da bilgilendirme süreci ile çok sayıda olgunun sorununu çözebilmesi mümkündür.

Hekimin ya da sağlık profesyonelinin yanlış beklenti ve inançları:

Cinsel işlev bozukluklarının oluşmasında en önemli etkenlerden biri, yanlış beklenti ve inançlardır. “Bir erkeğin cinsel ilişkiyi her zaman isteyeceği ve buna her zaman hazır olduğu” yanlış inancını taşıyan bir gencin, yorgun, aşırı stresli ya da fazla alkol aldığı bir gecenin sonunda ereksiyon sorunu yaşayıp, paniğe kapılarak hekime koş-

Tablo 1. Cinsel işlev bozukluklarında etiyolojik etkenler (Hawton 1985)

Hazırlayıcı etkenler

Tutucu ortamda büyüme	Dini ve kültürel etkenler ile tutucu ve kısıtlayıcı ortamlar, cinsellikle ilgili suçluluk duygularına yol açarak cinselliğin bastırılmasına neden olabilirler.
Travmatik cinsel deneyimler	Erken yaşlarda cinsel tacize uğramaktan, eşinin cinsel şiddetine maruz kalmaya kadar birçok travmatik deneyim olumsuz etki oluşturabilir.
Cinsel eğitimin yetersizliği	Yetersiz cinsel eğitim, hem hastada hem de eşinde cinsellikle ilgili gerçekçi olmayan beklentiler oluşturabilir.
Aile içi ilişkiler	Ödipal çatışmalardan aşırı koruyucu tutumlara kadar birçok psikodinamik etken ileride cinsel sorunlara yol açabilir.
Yaşam biçimi hazırlayıcı ortam oluşturabilir.	Stresli ve yoğun geçen günlük iş yaşamı ile ekonomik sorunlar gibi birçok stres kaynağı uygun bir
Kişilik tipi	Bazı kişilik özellikleri cinsel işlev bozukluklarına uygun bir zemin oluşturabilir.

Başlatıcı etkenler

Bedensel Hastalıklar	En önemli başlatıcı etkenlerden biridir.
Yaşlanma orgazm için bilmemesi ise ek	Yaşlanma ile oluşan fizyolojik değişiklikler sonucu cinsel istek sıklığı azalabilir, uyarılma ve daha çok zamana gereksinme duyulabilir. Kişinin ve eşinin bunların fizyolojik olduğunu bir stres oluşturarak soruna dönüşebilir.
Sadakatsizlik	Eşini aldatma, kişinin hem kendi ilişkisinde hem de evlilik dışı ilişkisinde sorunlara yol açabilir ve cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir.
Gerçekçi olmayan beklentiler	Kişinin kendisinde ya da eşinde varolan abartılı cinsel performans beklentileri sıklıkla başlatıcı etken oluşturur.
Depresyon ve anksiyete başlatıcı da	Kişiyeye göre etkisi değişken olmakla birlikte, depresyon ve anksiyete bozuklukları sık olarak etken oluştururlar. Ayrıca antidepressanların sıklıkla cinsel yan etkilere yol açmaları sorunu daha da ağırlaştırabilir.
Eş kaybı	Boşanma, ayrılma ya da ölüm gibi nedenlerle eş kaybı geçici de olsa cinsel sorunlara yol açabilir

Sürdürücü etkenler

Performans anksiyetesi	En önemli sürdürücü etkenlerden biridir. Başlangıçta oluşan bir cinsel sorunun, sonraki denemelerde anksiyeteye yol açarak cinsel işlevleri olumsuz yönde etkilemesi ve bir kısır döngü oluşturmasıdır.
Eşin çekiciliğini kaybetmesi	Sık olarak rastlanan etkenlerden biridir ve terapinin prognozunu olumsuz yönde etkiler.
İlişkide yaşanan iletişim güçlükleri	Başlangıçtaki cinsel sorunları ilişki içerisinde konuşmamak sorunun büyümesine yol açar.
Yakınlık korkusu	Özellikle erkeklerde varolan yakınlık korkusu cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyebilir.
Cinsel eğitimin yetersizliği	Yetersiz cinsel eğitim ve cinsel mitler yalnızca hazırlayıcı değil ayrıca sürdürücü etken olarak da işlev görürler.
Yetersiz eş ilişkisi	Eş ilişkisinin yeterince sağlıklı olmaması cinsel işlev bozukluğunun çözümünü güçleştirir.

Tablo 2. Ayırıcı tanı süreci

1. Başvuran kişinin gerçekten bir cinsel işlev bozukluğu var mıdır?
- ↓
2. Eğer varsa tanı nedir?
- ↓
3. Saptanan cinsel işlev bozukluğuna yol açabilecek herhangi bir ilaç ya da alkol ve uyuşturucu madde kullanımı var mıdır?
- ↓
4. Saptanan cinsel işlev bozukluğuna yol açabilecek altta yatan herhangi bir sistemik hastalık var mıdır?
- ↓
5. Saptanan cinsel işlev bozukluğu ile bağlantılı herhangi bir psikiyatrik hastalık ya da tedavi var mıdır?
- ↓
6. Saptanan cinsel işlev bozukluğu organik mi yoksa psikolojik kökenli midir? Ya da ikisinin karışımı bir etiolojije mi sahiptir?

ması sık rastlanan bir olgudur. Ya da aynı şekilde “iki tarafın birlikte orgazm olması gerektiği” yanlış inancı nedeniyle kendisinde orgazm ya da erken boşalma sorunu olduğunu düşünen kişi sayısı hiç de az değildir. Benzeri tüm olgularda, uygun bir bilgilendirme ile yanlış inancı ve beklentiyi değiştirmek yeterli olacaktır. Böyle durumlarda, hekimin de başvuran kişinin kaygılarına katıldığı, sorunu bir cinsel işlev bozukluğu gibi değerlendirdiği ve sonuç olarak birçok gereksiz hatta zararlı olabilecek tetkik ya da tedavi çabalarına yönelebildiği görülmektedir.

Başvuran kişi ya da çiftin bağlı olduğu kültür, din, etnik köken ya da alt kültürüne bağlı olarak geliştirdiği tutum ve inançlar: Ülkemizde, gerek geleneklerden, gerekse kültürel etkenlerden kaynaklanan çeşitli tutum, inanç ve alışkanlıklar, zaman zaman hekimlerin uygulamalarının önünde bir engel oluşturabilmektedir. Cinsel işlev bozuklukları ise geleneklerden ve kültürel etkenlerden en çok etkilenen alanların başında gelmektedir. İlk gece kanlı çarşafın gösterilmesi zorunluluğundan, masturbasyonun günah sayılmasına, karşı cinsten bir hekime cinsel sorunları anlatmanın güçlüğünden, cinsel yaşamın tabu sayılmasına kadar geniş bir spektrumda ele alınabilecek çok sayıda etmen, bu alanda hekim-hasta ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Terminoloji ile ilgili sorunlar: Sık olarak karşılaşılan bir sorun da, başvuran kişilerin cinsel sorunlarını tanımlarken “olmadı”, “başaramıyorum”, “eşime sorun” gibi soyut ve kaçamak ifadeler kullanmalarıdır. Görüşmeyi yürüten hekimin, başlangıçtan itibaren başvuran kişiyle ortak bir dil geliştirmesi çok önemlidir. Çünkü genel ve soyut ifadelerle yapılan bir

görüşmede cinsel işlevin istek, uyarılma ve orgazm aşamalarından hangisinin öncelikli olarak etkilenmediğinin anlaşılabilmesi çok zordur. Hatta böyle bir görüşme sonunda, asıl sorunun eşlerden hangisinde olduğunu bile anlamak mümkün olamayabilir.

Cinsel öykü alma ve ayırıcı tanı: Cinsel alanda öykü alma belirli aşamaları içermelidir. Her hekim yukarıda sırasıyla belirtilen bu aşamalardan oluşan bir şablonu cinsel sorunlarla başvuran tüm olgularda uygulayabilir ve başvuran kişiye en azından uygun bir yönlendirme yapabilir. Bu aşamalar şunlardır (Tablo 2):

1. Başvuran kişinin gerçekten bir cinsel işlev bozukluğu var mıdır?

Her cinsel yakınmayla başvuran kişide sorun cinsel işlev bozukluğu düzeyinde olmayabilir. Hatta kendisinde cinsel bir sorun olduğunu düşünerek başvuran her kişide mutlaka cinsel bir sorun vardır diye değerlendirmek bile yanlış olacaktır. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Cinsel İşlev Bozuklukları Polikliniği'ne çeşitli cinsel sorun ve kaygılarla başvuran her beş kişiden birinde yapılan muayene ve değerlendirmeler sonunda herhangi bir cinsel işlev bozukluğu bulunmadığı saptanmıştır. Bu başvurular genellikle cinsellikle ilgili yanlış inançlardan, gerçekçi olmayan beklentilerden, cinsel eğitimsizlikten ya da deneyimsizlikten kaynaklanmaktadır. Bu tür olgularda, bir ya da birkaç görüşmeyle verilebilecek cinsel eğitim ya da gerçekçi bir beklenti düzeyinin sağlanması ile sorun kısa sürede çözülebilmektedir.

Cinsel işlev bozukluğu olmayan ancak başvuru nedeni olan sorunların başında eşlerden birinin

diğerini cinsel anlamda reddetmesi gelmektedir. Eşcinsellik veya yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler sonucu oluşan cinsel yetersizlikler de sık olarak rastlanan başvuru nedenlerindedir.

2. Cinsel işlev bozukluğu varsa, tanı nedir?

Yapılan görüşmede ortada bir cinsel işlev bozukluğu olduğu kanaatine varılmasından sonraki adım, tanının ne olduğu sorusunun yanıtlanmasıdır. Bu ise ancak, cinsel işlevin öncelikli olarak hangi aşamasının etkilendiğinin saptanmasıyla yapılabilir. Ancak bu kolaylıkla yapılabilen bir ayırım değildir. Çünkü Şekil 1’de de şematize edildiği gibi, her ne kadar cinsel yanıt aşamaları (istek, uyarılma, orgazm) birbirinden ayrı süreçler olsa da, bu süreçlerin birbirinden tamamen bağımsız işlediği söylenemez. Bu alanda çalışan profesyonellerin çok iyi bildikleri gibi, cinsel yanıt aşamalarından birinde oluşan aksama diğer aşamaları da olumsuz yönde etkileyebilmekte ve adeta zincirleme bir reaksiyon oluşturabilmektedir. Temel olarak etkilenen aşamanın saptanmasının tedavi yönünden büyük önemi vardır. Çünkü öncelikli olarak etkilenen aşama tedavi edilmeden diğer aşamalara yönelik tedavi çabaları hiçbir sonuç vermeyecektir. Öte yandan, öncelikli olarak etkilenmiş cinsel yanıt aşamasının tedavi edilmesi, bundan olumsuz etkilenmiş bulunan diğer yanıt aşamalarının da çoğu kez kendiliğinden düzelmesi sonucunu getirebilmektedir.

3. Saptanan cinsel işlev bozukluğuna yol açabilecek herhangi bir ilaç, alkol ya da uyuşturucu madde kullanımı var mıdır?

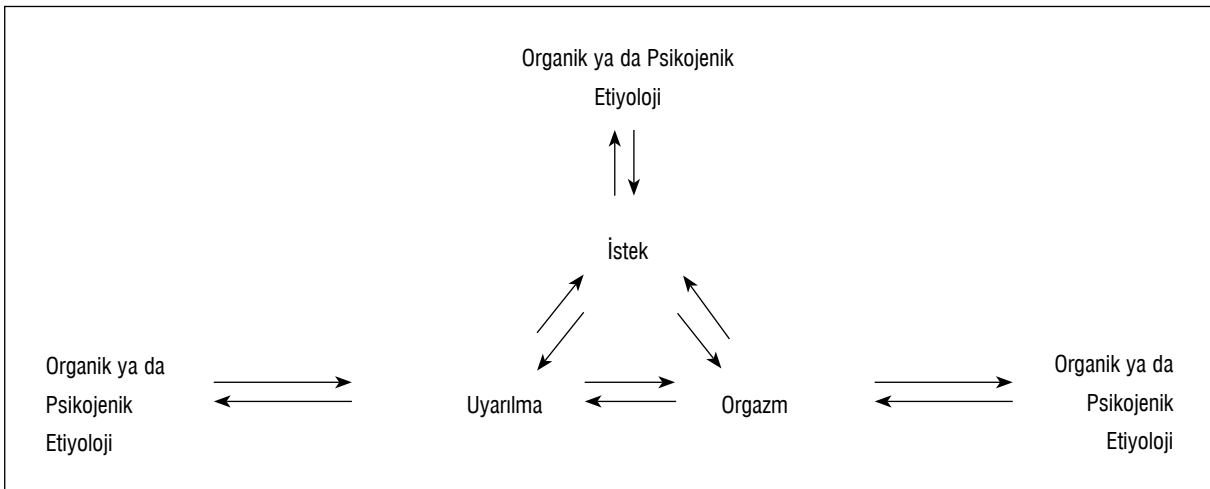
İlaçlar, alkol ya da uyuşturucu madde kullanımı cin-

sel işlevin tüm aşamalarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalar, hastaların, bir ilaca bağlı olarak gelişen cinsel yan etkileri kendilerine sorulmadan hekimlerine söylemekte zorlandıklarını ortaya koymaktadır. Bu nedenle, hekimlerin konulan tanıdan bağımsız olarak, kişinin kullanmakta olduğu ilaçları, bu ilaçların dozlarını, kullanma sürelerini, ilaç kullanımı ile cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkışı arasındaki olası ilişkiyi vb. sorgulamaları gerekir. Ayrıca alkol ya da uyuşturucu madde kullanımı varsa, ne tür bir uyuşturucu madde kullanıldığı, kullanılan günlük miktar ne kadar zamandan beri kullanıldığı gibi sorular da mutlaka sorulmalıdır.

Bu alanda yapılan çalışmalar henüz daha emekleme çağında olsa da, bugünkü bilgilerimizin ışığında, tıpta yaygın olarak kullanılan diüretikler, antihipertansifler ve antidepressanlar gibi çok sayıda ilacın büyük oranlarda cinsel işlev bozukluklarına yol açtığını artık çok daha iyi biliyoruz. Cinsel işlevlerin herhangi bir aşamasını olumsuz yönde etkileyen ilaçların listesi Tablo 3’te verilmiştir.

4. Saptanan cinsel işlev bozukluğuna yol açabilecek, alta yatan herhangi bir sistemik hastalık var mıdır?

Saptanan cinsel işlev bozukluğuna neden olabilecek alkol, uyuşturucu madde ya da herhangi bir ilaç kullanımı yoksa, bir sonraki adım alta yatan olası bir sistemik hastalığın dışlanmasıdır. Bu, sık olarak ihmal edilen ve olası sonuçları bazen ölümcül olabilen bir durumdur. Özellikle yaşı ileri olan, cinsel istekte azalma ya da erektil yakınması ön planda olan, eşlik eden diğer sistemlere ait semptomların



Şekil 1. Cinsel yanıt aşamaları

Tablo 3. Yan etki olarak cinsel işlev bozukluğu yapan ilaçlar ve maddeler

Diüretikler	Antiülser İlaçlar
Tiyazid grubu diüretikler	H-2 Antagonistleri
Potasyum tutucular	Antihistaminikler ve dekonjestanlar
Furosemid	(klorfeniramin, difenhidramin hidroklorid, pseudoephedrin vb.)
Antihipertansifler	Astım tedavisinde kullanılan ilaçlar
Reserpin, guanetidin, metildopa	(albuterol, terbutalin, epinefrin gibi beta-2 agonistleri ve sempatomimetikler, teofilin gibi ksantinler, kortikosteroidler ve antikolinergikler)
Beta blokerler	Antikonvülsanlar
Alfa-1 Blokerler	(Fenitoin, karbamazepin, valproik asit, primidon, fenobarbital vb.)
Alfa-2 Agonistleri	Kardiyolojide kullanılan ilaçlar
ACE İnhibitörleri	(dijital glikozidleri, antiaritmik ilaçlar, pentoksifilin ve hipolipi demikler)
Kalsiyum kanal blokerleri	Kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar
Psikotrop İlaçlar	Diğer ilaçlar
Antipsikotikler	
Mizaç düzenleyicileri	
Antidepresanlar	
Anksiyolitik/Sedatif-Hipnotik İlaçlar	
Alkol Uyuşturucu Maddeler	
(Alkol, nikotin, kafein, esrar, kokain, opioidler,3 barbituratlar, amfetaminler vb.)	

da olduğu olgularda mutlaka ilgili uzmanlık alanlarıyla konsültasyona gidilmeli, ileri tetkik ve incelemeler yapılmalıdır. Tablo 4'te de görüldüğü gibi çok sayıda sistemik hastalık cinsel işlevler üzerinde olumsuz yönde etki yapmaktadır.

5. Saptanan cinsel işlev bozukluğu ile bağlantılı herhangi bir psikiyatrik hastalık ya da tedavi var mıdır?

Psikiyatrik bozukluklar ya da daha genel bir deyimle psikiyatri, cinsel işlev bozuklukları olgularının büyük bir çoğunluğuyla içiçe geçmiş durumdadır.

a. Saptanan cinsel işlev bozukluğu ağırlıklı olarak psikolojik kökenli bir etiyolojiye sahip olabilir.

Cinsel işlev bozukluklarından bazıları, %90'ın üzerinde bir oranla psikolojik kökenlidir. Kadınlardaki vajinismus ve erkeklerdeki primer prematür ejakülasyon olguları bu grupta ele alınabilir. Bu olguların değerlendirilmesi ve tedavileri ağırlıklı olarak psikoterapötik bir yaklaşımı gerekli kılmaktadır. Cinsel istek bozuklukları ile cinsel aversiyon (cinsel tiksinti bozukluğu) olguları da yine ağırlıklı olarak psikojenik kökenli cinsel işlev bozukluklarıdır.

Bu olgularda, özellikle bilişsel-davranışçı terapinin çok başarılı sonuçlar verdiği bilinmektedir. Ülkemizde bu alandaki temel sorun cinsel işlev bozukluklarındaki terapötik yaklaşımların ve uygulanan bilişsel-davranışçı terapi tekniklerinin yaygın olarak bilinmemesinden kaynaklanmaktadır. Bir başka sorun

ise bu tür olguların doğru yönlendirilmemesi ve sonuçsuz tedavi yöntemleriyle birey ve çiftlerin ciddi kaynak ve zaman kayıplarına uğramalarıdır.

b. Cinsel yakınma ve başvurunun altında depresyon gibi ciddi bir psikiyatrik hastalık bulunabilir.

Başta depresyon olmak üzere anksiyete ve uyum bozuklukları ile psikotik bozukluklar gibi daha ağır psikopatolojileri olan kişilerin önemli bir bölümünde cinsel işlev bozukluklarına rastlanmaktadır. Bu olgularda, cinsel işlev bozuklukları tek başına bir sendrom olmaktan çok mevcut psikiyatrik hastalığın bir semptomu niteliğindedir. Diğer bir deyişle bu olgularda, cinsel işlev bozukluklarını ayrı bir fenomen olarak alıp, başından sonuçsuz kalmaya mahkum bir tedaviye yönelmek yerine, altta yatan psikiyatrik hastalığın tedavisi yeterli olacaktır. Örneğin; depresyona bağlı bir cinsel istek azlığı ya da anksiyete bozukluğuna eşlik eden bir erektil işlev bozukluğu, uygun bir antidepresif ya da anksiyolitik tedavi ile çoğu kez kendiliğinden ortadan kalkacaktır. Ya da çeşitli düşünce bozuklukları ya da hezeyanları doğrultusunda kendisinde cinsel bir rahatsızlık olduğu inancıyla hekime başvuran olguda uygun bir antipsikotik tedavinin yeri tartışılmaz. Bu nedenle cinsel yakınmalarla başvuran kişilerde eşlik eden psikiyatrik semptomatoloji mutlaka araştırılmalı ve gerektiğinde psikiyatrik konsültasyon istenmelidir.

c. Cinsel işlev bozukluğu olgularında zamanla sekonder olarak depresyon, anksiyete ve

Tablo 4. Cinsel işlevleri olumsuz yönde etkileyen hastalıklar

Kardiyovasküler Hastalıklar	Nörolojik Hastalıklar
Aterosklerotik hastalıklar	Multipl skleroz
Aort anevrizması	Transvers miyelit
Leriche sendromu	Parkinson hastalığı
Kalp yetmezliği	Temporal lob epilepsisi
Renal ve Ürolojik Hastalıklar	Omuriliğin travmatik ve neoplastik hastalıkları
Peyroni hastalığı	Merkezi sinir sistemi tümörleri
Kronik böbrek yetmezliği	Amyotrofik lateral skleroz
Hidrosel ve varikosel	Periferik nöropati
Hepatik Hastalıklar	Genel pareziler
Siroz	Tabes dorsalis
Pulmoner Hastalıklar	Entoksikasyonlar
Solunum yetmezlikleri	Kurşun
Genetik Hastalıklar	Tarım ilaçları
Kleinfelter sendromu	Operasyonlar
Penisin vasküler ve yapısal konjenital anomalileri	Perineal prostatektomi
Nutrisyonel Bozukluklar	Abdominal-perineal kolon rezeksiyonu
Malnutrisyon	Sempatektomi
Vitamin eksiklikleri	Aortoilyak operasyonlar
Endokrin Bozukluklar	Radikal sistektomi
Diabetes Mellitus	Retroperitoneal lenfadenektomi
Hipofiz-adrenal-testis eksenindeki bozukluklar	İnfeksiyon Hastalıkları
Akromegali	Elefantiazis
Addison hastalığı	Kabakulak
Kromofob adenom	Diğer
Adrenal neoplaziler	Radyoterapi
Miksödem	Pelvik fraktürler
Hipertroidi	Genel durumu bozan herhangi bir sistemik hastalık ya da durum

uyum bozuklukları gelişebilmektedir.

Gerçekten de cinsel işlev bozuklukları ile psikiyatrik bozukluklar arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Yukarıda belirtildiği gibi cinsel işlev bozuklukları altta yatan depresyon gibi bir psikiyatrik tablonun semptomu olabileceği gibi, primer olarak ortaya çıkan bir cinsel işlev bozukluğu, kişide zamanla depresyona, anksiyete bozukluğuna, çeşitli uyum bozukluklarına ya da kişilerarası ve aile içi ilişkilerinin bozulmasına yol açabilmektedir.

Sonuç olarak, cinsel işlev bozuklukları ile diğer psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki son derece karmaşık bir dinamik içerisinde gelişmektedir.

d. Cinsel işlev bozukluğu olan olgularda, antidepressif ve anksiyolitik tedavide dikkat edilmesi gereken noktalar

Psikiyatrik tedavilerde kullanılan ilaçların önemli bir bölümü yan etki olarak cinsel işlev bozukluklarına yol açmaktadır. Tablo 5'te cinsel işlev bozukluklarına yol açtığı belirtilen antidepressanların bir listesi veril-

miştir. Daha eski kuşak olan trisiklik antidepressanların sıklıkla cinsel işlev bozukluklarına yol açtıkları bilinmektedir. Ancak genel olarak yan etkiler yönünden daha güvenilir ve hastalar açısından daha iyi tolere edilen ve bu nedenle yaygın olarak kullanılan SSRI grubu antidepressiflerin de yüksek oranlarda cinsel işlev bozukluklarına yol açtığı son yıllarda yapılan ve öncekilere oranla metodolojik yönden çok daha güvenilir olan çalışmalarla ortaya konmuştur. Cinsel yan etkileri bulunmayan ya da görece daha az yan etkisi bulunan antidepressifler Tablo 6'da belirtilmiştir. Antidepressif tedavi uzun süreli bir tedavidir. Tedavi süresi aylar hatta yılları bulabilmektedir. Bu nedenle cinsel yan etkiler önem kazanmaktadır. Son yıllarda başta SSRI'lar olmak üzere antidepressif kullanımının yaygınlığı düşünüldüğünde bu durum daha da önem kazanmaktadır. Hekimlerin aşağıdaki ilkelere dikkat etmeleri önerilmektedir:

1. Hastaların ilaçların cinsel yan etkilerini, kendilerine sorulmadan hekimlerine söylemedikleri, bu nedenle hekimlerin cinsel işlevlerle ilgili yan etki olup olmadığını mutlaka sormaları gerektiği belirtil-

mektedir. Yapılan bir çalışmada, SSRI grubu anti-depresif ilaç kullanmakta olan hastaların kendilerine sorulmadan cinsel yan etkileri söyleme oranı %14 iken, aynı oran hekimler sorduklarında %58'e çıkmıştır.

2. Antidepresif ilaçların cinsel işlev bozukluğu biçimindeki yan etkileri, depresyon ya da anksiyete bozukluğunun oluşturduğu birçok sorunla baş etmek zorunda olan hastalar için başlangıçta öncelikli bir sorun olarak ortaya çıkmamaktadır. Ancak, tedavinin ilerleyen aşamalarında depresyon ya da anksiyete semptomlarının gerilemesiyle birlikte cinsel işlev bozukluğu belirtileri devam ediyorsa bu durum hastalar için giderek artan önemlilikte bir sorun olmaya başlamaktadır. Antidepresif tedavinin, semptomların ortadan kalkmasından itibaren de aylar ve hatta bazen yıllar boyu sürmesi gerektiği düşünüldüğünde, hastaların tedaviyi sürdürmemelerinde bu durumun önemli bir etken olacağı açıktır. Psikiyatrik hastalık öncesinde düzenli ve sorunsuz bir cinsel yaşamı olan, ancak antidepresif tedavi ile hastalık belirtileri ortadan kalkmasına karşın cinsel işlev bozukluğundan yakınmaya devam eden olgularda bu durum büyük olasılıkla kullanılan ilaca bağlı bir yan etki olarak kabul edilmeli ve gereken önlemler beklenmeden alınmalıdır.

3. Yukarıda sözü edilen ve gereken önlemlerin "beklenmeden" alınması ifadesi özellikle konulmuştur. Çünkü sanıldığı gibi aksine, yapılan çalışmalar, zaman içerisinde ilaçlara bağlı cinsel işlev bozukluklarına tolerans gelişmediğini ortaya koymaktadır.

4. SSRI grubu antidepresanlar genel olarak cinsel işlevin tüm aşamalarını (istek, uyarılma, orgazm) olumsuz yönde etkileyebilmekle birlikte, temelde orgazm aşamasını etkilemektedirler. Kadınlarda orgazm olamama ya da güç orgazm olma, erkeklerde ise ejakülasyonda gecikme, inhibisyon ya da zevk almadan oluşan ejakülasyon sık olarak karşılaşılan yakınmalardır.

5. Antidepresanların oluşturduğu cinsel işlev bozukluklarıyla baş etme konusunda son yıllarda birçok çalışma yapılmaktadır. Çözüm önerileri arasında ilacın dozunu azaltma cinsel yan etki yapmayan başka antidepresanla değiştirme, ilaca hafta sonları ara verme ya da tedaviye yohimbin, buspiron, amantadin, siproheptadin, bupropion, psikostimulanlar, ginkgo biloba gibi ilaçların eklenmesi bulunmaktadır. Bu alandaki çalışmalar henüz yeni olup kesin bir sonuca ulaşmamıştır. Bugün için en etkili çözüm ilacın dozunu azaltmak buna rağmen yan etki devam ediyorsa antidepresanı değiştirmektir.

6. Özellikle SSRI grubu antidepresanların diğer yan etkilerinin fazla olmamasına karşın "ejakülasyonda gecikme" yan etkilerinin olması nedeniyle "prematür" ejakülasyon sorunu olan erkeklerde bir çözüm olarak önerilmiştir. Ancak, SSRI'ların diğer cinsel yan etkilerinin de bulunması ilaçların yan etkilerinin ejakülasyonun inhibisyonuna ya da anhedonik ejakülasyona kadar gidebilmesi ve SSRI'ların kesilmesinin ardından prematür ejakülasyonun yeniden ortaya çıkması gibi nedenler bu kullanımı kısıtlamaktadır. Prematür ejakülasyonda asıl çözüm, kişi-

Tablo 5. Yan etki olarak cinsel işlev bozukluğu yapan antidepresanlar

Trisiklik/Tetrasiklik Antidepresanlar	SSRI'lar	SNRI
Amitriptilin	Fluoksetin	Venlafaksin
İmipramin	Sertralin	
Klomipramin	Fluvoksamin	
Opipramol	Paroksetin	
Maprotilin	Sitalopram	
Mianserin		

Tablo 6. Cinsel işlev bozukluğu yan etkisi görece az olan antidepresanlar

Halen ülkemizde bulunanlar	Halen ülkemizde bulunmayanlar
Moklobemid	Minaprin
Trazodon	Bupropion
Mirtazapin	
Nefazadon	

Tablo 7. Cinsel işlev bozukluklarında psikojenik/organik etiyojisi

Organik etiyojisi yönünden dikkatle üzerinde durulması gereken cinsel işlev bozuklukları	Etiyojisi çok büyük oranda psikojenik kökenli olan cinsel işlev bozuklukları
* Erektile işlev bozukluğu	* Vajinismus
* Disparenü	* Primer Prematür Ejekülasyon
* Cinsel istekte azalma	* Primer Retarde Ejekülasyon
* Sekonder Orgazm Bozuklukları	* Primer Kadın Orgazm Bozuklukları
* Sekonder Prematür Ejekülasyon	
* Sekonder Retarde Ejekülasyon	

nin ejakülasyon kontrolünü öğrenmesidir. Konunun uzmanları tarafından uygulanan bilişsel-davranışçı terapi teknikleriyle bu sorun büyük oranda çözülebilmektedir.

7. Tablo 6'da belirtilen antidepresanlar, cinsel işlev açısından görece daha güvenilir olduğu belirtilen antidepresanlardır. Yapılan çok merkezli, çift-kör bir çalışmada SSRI kullanımına bağlı gelişen cinsel işlev bozukluğu olgularında, SSRI'ın kesilip yerine moklobemid başlanan olguların %80'inde ve amineptin başlanan olguların ise %60'ında cinsel işlev bozuklukları tamamen ortadan kalkmıştır. Gerçekten de moklobemidin ve amineptinin cinsel işlevler üzerinde görece az yan etkisi bulunmaktadır. Ancak mutlaka bir SSRI grubu antidepresan verilmesi düşünülüyorsa, fluvoksaminin tercih edilmesi düşünülebilir. Çünkü bazı çalışmalar tersini belirtse de, fluvoksaminin diğer SSRI'lara oranla daha az cinsel yan etki yaptığına dair yayınlar bulunmaktadır. Yine bir serotonerjik antidepresan olan ve ülkemizde kullanıma bu yıl giren nefazodon da cinsel yan etkilere yol açmaması açısından güvenilir bir antidepresandır.

8. Anksiyolitik sedatif-hipnotik ilaçlar yönünden söylenmesi gereken birkaç önemli nokta vardır. Bir 5-HT_{1A} agonisti olan buspironun cinsel işlevler üzerinde olumsuz bir etkisi olmadığı bildirilmektedir. Başta alprazolam ve diazepam olmak üzere bütün benzodiazepinlerin cinsel işlevler üzerindeki etkisi paradoksaldır. Cinsel işlevler üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir ancak öte yandan anksiyolitik etkileri aracılığıyla olumlu etkileri de vardır. Ancak yeşil reçeteye tabi olan bu grup ilaçlar geçmişte ve halen, sık olarak hastalar tarafından kötüye kullanılmıştır. Bir grup hasta ise ilaca bağımlılık geliştirmiştir. Bu nedenle bu alanda çok dikkatli ve ancak gerekli olduğunda, kısa süreli kullanılmalıdır.

B. Cinsel işlev bozukluklarında psikojenik/organik ayrımı konusunda bazı temel ipuçları

Cinsel sorunlarla başvuran bir kişide, hangi işlev bozukluğunun bulunduğu, kişinin yaşı, semptomlar, alkol/uyuşturucu madde ya da ilaç kullanımının olup olmadığı ve bedensel ya da sistemik hastalıkların varlığı gibi anamnezle alınabilecek bir çok veri altında organik bir neden olup olmadığı konusunda ipucu verebilir. Örneğin kadınlarda vajinismus, erkeklerde ise erken boşalma %90'ın üzerinde bir oranla psikojenik kökenlidir. Ancak disparenü ve erektil işlev bozukluğu söz konusu ise, altında yatan bedensel/sistemik ya da ürolojik kökenli bir hastalık olasılığı her zaman gözönünde bulundurulmalıdır. Yine alkol/uyuşturucu madde kullanımı, diyabet, multipl skleroz ya da geçirilmiş abdominal/pelvik bölge operasyonu öyküsü muhtemel bir organik etiyojisiye zemin oluşturmaları yönünden önemlidirler. Benzeri bütün durumlarda, ilgili tıp disiplinleri ile olguyu konsülte etmenin önemi yadsınamaz.

Psikojenik/organik ayrımında ipucu olabilecek nitelikte ve her klinisyenin herhangi bir tetkike gereksinim duymadan dikkatli bir anamnez ile saptayabileceği bazı genel bilgiler vardır:

Bunlardan birincisi, kadın ya da erkekte saptanan cinsel işlev bozukluğu ne olursa olsun ileri yaşlarda ortaya çıkan cinsel işlev bozukluklarında organik etiyojisi olasılığının daima varolmasıdır. Bu durumda klinisyen bu olasılığı dışlamadan sorunu psikolojik kökenli bir sorun olarak kabul etmemelidir.

İkincisi ise, saptanan cinsel işlev bozukluğunun yaygın mı (total) yoksa durumsal (situasyonel) olarak mı ortaya çıktığıdır. Saptanan cinsel işlev bozukluğu, her durumda, her zaman, her partnerle, her koşulda ortaya çıkıyorsa bu cinsel işlev bozukluğunun yaygın nitelikte olduğunu, tersi (yalnızca belirli koşullar altında) ise durumsal olduğunu gösterir. "Durumsal" bir cinsel işlev bozukluğu nadiren görülen bazı durumlar dışında daima psikojenik kökenlidir.

Yukarıda sözü edilen bilgiler ışığında genel bir özet Tablo 7'de verilmiştir.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Ashton AK, Hamer R, Rosen RC (1997) Serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction and its treatment: A large-scale retrospective study of 596 psychiatric outpatients. *J Sex Marital Ther*, 23(3): 165-175.
2. Ashton AK, Rosen RC (1998) Accommodation to serotonin reuptake inhibitor induced sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther*, 24:191-192.
3. Assalian P, Margolese HC (1996) Treatment of antidepressant-induced sexual side effects. *J Sex Marital Ther*, 22(3):218-224.
4. Balon R (1998) Antidepressants in the treatment of premature ejaculation. *J Sex Marital Ther*, 22(2):85-96.
5. Balon R (1996) Intermittent amantadine for fluoxetine-induced anorgasmia. *J Sex Marital Ther*, 22(4):290-292.
6. Bullard DG (1988) The treatment of desire disorders in the medically ill and physically disabled. *Sexual Desire Disorders*, RC Rosen, SR Leiblum (Ed), New York, The Guilford Press.
7. Catalan J, Hawton K, Day A (1990) Couples referred to a sexual dysfunction outpatient clinic: Psychological and physical morbidity. *Br J Psychiatry*, 156:61-67.
8. Crenshaw TL, Goldberg JP (1996) Sexual Aspects of Neurochemistry. *Sexual Pharmacology*, JP Goldberg (Ed), New York, W W Norton&Company, 253-262.
9. Cohen AJ, Bartlik B (1998) Ginkgo biloba for antidepressant-induced sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther*, 24(2):139-143.
10. Crowe M, Jones M (1992) Sex therapy: the successes, the failures, the future. *Br J Hosp Med*, 48(8):474-482.
11. De Leo DR, Dalla Barba G (1986) Amineptine versus amitriptyline: Effects on depression, sex, drive and prolactin levels. *Current Therapeutic Research*, 4:124-132.
12. Derogatis LR, Meyer JK, King KM (1981) Psychopathology in individuals with sexual dysfunction, *Am J Psychiatry*, 138(6): 757-763.
13. Fagan PJ, Schmidt CW, Wise TN et al. (1988) Sexual dysfunction and dual psychiatric diagnosis. *Comprehensive Psychiatry*, 29(3):278-284.
14. Feiger A, Kiev A, Shrivastava RK et al. (1996) Nefazodone versus sertraline in outpatients with major depression: Focus on efficacy, tolerability, and effects on sexual function and satisfaction. *J Clin Psychiatry*, 57 (2. Cilt): 62.
15. Hawton K (1985) *Sex Therapy; A Practical Guide*. New York, Oxford University Press.
16. Kaplan HI, Sadock BJ (1998) *Synopsis of Psychiatry*. Giza, Mass Publishing Co, 692.
17. Labbate LA, Grimes J, Hines A ve ark. (1998) Sexual dysfunction induced by serotonin reuptake antidepressants. *J Sex Marital Ther*, 24:3-12.
18. Margolese HC, Assalian P (1996) Sexual side effects of antidepressants-A review. *J Sex Marital Ther*, 22(3):209-217.
19. Maurice WL, Guze SB (1970) Sexual dysfunction and associated psychiatric disorders. *Compr Psychiatry*, 11(6):539-543.
20. Montejo-Gonzales AL, Liorca G, Izquierdo JA et al. (1997) SSRI-Induced Sexual Dysfunction: Fluoxetine, Paroxetine, Sertraline and Fluvoxamine in a Prospective, Multicenter and Descriptive Clinical Study of 344 Patients. *J Sex Marital Ther*, 23(3):176-194.
21. Philipp M, Kohnen R, Benkert O (1994) Comparison study of moclobemide and doxepine with special reference to the effects on sexual dysfunction. *Neuropsychopharmacology*, 10(35 part2):845.
22. Sungur M (1994) Evaluation of couples referred to a sexual dysfunction unit and prognostic factors in sexual and marital therapy, *J Sex Marital Ther*, 9(3):251-256.
23. Tatarelli R, Giraldi P, Vella G (1984) Symptomes-cibles des antidepressifs. *L'Encephale*, 10:29-30.
24. Waldinger MD, Olivier B (1998) Selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction: clinical and research considerations. *Int Clin Psychopharmacol*, 13 (6. Cilt):27-33.
25. Yetkin N, İncesu C (1997) Assessment of 200 Subjects Referred to a Sexual Dysfunction Outpatient Clinic in Turkey. 13th World Congress of Sexology, Valencia, Abstract Book, 101.