

# Erkek Cinsel İşlev Bozuklukları

Doç. Dr. Mehmet Z. SUNGUR\*

## Özet

Erkek cinsel işlev bozuklukları sık görülmesine karşın sağlık profesyonellerince az bilinen, ayırıcı tanısı ve tedavisi yeterince yapılamayan önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Bu yazıda erkekte görülen cinsel işlev bozuklukları ayrıntıları ile tanımlanmış, bu tür bozukluklarla karşılaşan hekimlerin öykü alma ve ayırıcı tanı yaparken dikkat etmeleri gereken noktalar vurgulanmaya çalışılmıştır.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1999;2:60-64

Cinsel yanıtın fizyolojik bir döngüsü vardır. Bu döngü içinde istek, uyarılma, orgazm ve çözülme (rezolüsyon) gibi evreler bulunur. Başka bir deyişle, erkekte tamamlanmış bir cinsel aktivite için önce bu yönde bir istek olması, bu isteği bir uyarılmanın izlemesi ve nihayet uyarılmanın ulaştığı bir doruk noktası yani orgazmın gerçekleşmesi gerekir. Orgazm ertesi, cinsel yönden yeniden uyarılabilme ve aynı döngünün tekrarlanabilmesi için geçmesi gereken süre ise rezolüsyon olarak bilinir. Bu döngünün sağlıklı işleyişi çeşitli biyolojik (vasküler, hormonal, nörolojik) ve psikişik etkenlerin karşılıklı ve uyumlu bir etkileşimini gerektirir. Sözü edilen biyolojik ve psikişik sistemleri veya aralarındaki karmaşık etkileşimleri olumsuz yönde etkileyen nedenler, cinsel yanıtın fizyolojik döngüsünü bozarak cinsel işlev bozukluklarına (CİB) neden olur.

Bu bağlamda CİB:

- Cinsel ilgi ve istek bozuklukları (CİİB).
- Cinsel uyarılma bozuklukları.
- Orgazm bozuklukları.
- Cinsel ağrılar.
- Diğer (Tıbbi bir hastalığa, madde ilaç kullanımına bağlı CİB) olarak sınıflandırılabilir.

Genel olarak CİB primer veya sekonder, total veya durumsal olmak üzere iki grupta incelenir. Primer kelimesi mevcut CİB'nin ilk cinsel aktiviteden itibaren var olduğunu gösterir. Yani birey ilk cinsel aktivitesinden itibaren her seferinde benzer bir sorun yaşamıştır. Sekonder kelimesi ise bireyin belirli bir süre için cinsel yönden herhangi bir sorunun oluşmadığını, CİB'nin tamamen normal bir süreci izleyerek ortaya çıktığını ifade eder. Total kelimesi CİB'nin her türlü cinsel aktivite sırasında mevcut ol-

\* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ANKARA

duğunu, durumsal kelimesi ise mevcut CİB'nin tüm cinsel aktiviteler sırasında değil, yalnızca belirli cinsel aktiviteler sırasında oluştuğunu vurgular. Başka bir deyişle örneğin; CİB bireyin partneri ile ilişkisi sırasında ortaya çıkıyor ancak masturbasyon sırasında oluşmuyorsa, bu sözü edilen CİB'nin durumsal olduğunu gösterir.

### A. Cinsel ilgi ve istek bozuklukları (CİİB)

Erkeklerde bu tür yakınma ile yapılan başvurular oldukça nadirdir. Bunun en önemli nedeni cinsel ilgi ve istek azalmasının sıklıkla erektil işlev bozukluğu (EİB)'e (uyarılma bozukluğuna) neden olması ve erkeklerin daha çok erektil yetmezlik yakınması ile başvurularındır. İlgi ve istek bozukluğu ile başvurularının sıklığını azaltan bir başka etken ise "erkeklerin her zaman ve her koşulda cinselliğe hazır olduğu" biçimindeki cinsel mittir. Bu tür yanlış/abartılı bilgi ve beklentiler erkeğin yardım arama davranışı içine girmesine engel olmaktadır. CİİB erkeklerde hemen tamamen "azalmış cinsel istek" biçiminde kendini gösterir. Cinsel ilgi ve istek azalması primer bir sorun olarak ortaya çıkmışsa etiyolojide öncelikle endokrin (hormonal) bozukluk araştırılmalıdır. Kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de sekonder gelişen bir cinsel istek azalması daha çok bireyin partneri veya eşi ile genel ilişkisinin doyurucu olmayışı ile açıklanabilir. Ancak depresyon veya diğer fiziksel hastalıklar erkeklerde kadınlardan daha fazla ikincil ilgi ve istek azalmasına neden olurlar. Burada unutulmaması gereken önemli bir nokta CİİB'nin tanısını koyarken bunu yalnızca erkeğin eşine duyduğu ilginin miktarı ile ölçmemektir. Bireyin eşi dışındaki erotik uyarılara gösterdiği ilgi, masturbasyon yapma ve cinsel fantezi kurma sıklığı onun cinsel ilgi ve isteği konusunda daha güvenilir bilgiler verebilir. Cinsel istekte azalmaya yol açabilecek herhangi bir psikiyatrik, sistemik hastalık veya ilaç/madde kullanımı varsa CİİB tanısı konmaz. Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre daha azdır. (%1-15) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı bünyesinde yazar tarafından kurulan Cinsel İşlev Bozuklukları Değerlendirme ve Tedavi Ünitesi (CİBDTÜ)'ne 1998-1999 yılları arasında başvuran 243 erkeğin %9'unda CİİB saptanmıştır.

CİİB çoğu kez diğer CİB ve en sık olarak da erektil işlev bozukluğu (EİB) ile birlikte görülür. CİİB'nin, EİB ile birlikte görülme sıklığı 1989-1999 yılları arasında CİBDTÜ'de %10,2 olarak bulunmuştur.

CİİB ile karışan bir başka durum cinsel tiksinti bozukluğudur. Bu bozuklukta eşle cinsel birleşmeden

kaçınma ve tiksinti olur. Burada birey bir partnerle cinsel ilişki söz konusu olduğunda endişe ve korku duyar. Tiksinti, cinsel birleşmenin herhangi bir yönüyle ilgili olabileceği gibi, tüm cinsel uyarılara (öpüşme, dokunma gibi) yönelik de olabilir. Klinik olarak özgül fobiye benzer. Cinsel eylem söz konusu olduğunda kişide yoğun korku, bulantı, çarpıntı, bayılma hissi gibi belirtiler görülür. Etiyolojide çoğu kez travmatik cinsel yaşantılar, çocukluk çağı istismarları, tekrarlayan ağırlı cinsel birleşmeler ve çeşitli bilinç dışı çatışmalar rol oynar.

### B. Cinsel uyarılma bozuklukları

EİB, erektil yetmezlik, ereksiyon kusuru, sertleşme bozukluğu ve empotans birbirleriyle sinonim olarak kullanılan ve erkekteki cinsel uyarılma bozukluğunu ifade eden terimlerdir. Bunlardan empotans, iktidarsızlık anlamında kullanıldığından ve bir erkeğin iktidarı sertleşmenin niceliği ile ölçülemeyeceğinden kullanılmamalıdır. EİB cinsel birleşmeyi sağlamak için gerekli sertleşmenin oluşmasında ya da sürdürülmesinde ortaya çıkan inatçı ve tekrarlayıcı yetersizlik olarak tanımlanabilir. Sınıflamada bir cinsel uyarılma bozukluğu olarak tanımlanmasına karşın bir cinsel ilgi ya da istek azlığının sonucu olarak ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır.

Görülme sıklığı tanımlamaya (ereksiyon kusurunun oluşma sıklığına, oluşan sertliğin derecesine ya da olması beklenen sertliğin eksiklik düzeyine) göre değişir. Tüm erişkin erkek popülasyonunun %10-20'sinde görülebilmekle birlikte, bu oran 60 yaşın üzerinde belirgin olarak artmaktadır. Tedavi amacı ile herhangi bir profesyonel yardım arama yoluna gitmemiş erkeklerin %6'sında araştırma noktasında (kesitsel olarak) EİB saptanmıştır. Yaşamının herhangi bir diliminde aynı güçlüğünü belirli bir süre için yaşamış erkeklerin oranı %20'lere çıkmaktadır. Yaşamın herhangi bir döneminde benzeri bir güçlükle 1-2 kez karşılaşan erkeklerin oranı ise %70-75'lere ulaşmaktadır. Feldman tarafından yapılmış bir çalışmada (Massachusetts Çalışması) 40-70 yaşları arasındaki erkeklerin %52'sinde EİB saptanmıştır. Türkiye'de bir ilaç firmasının yaptığı çalışmada ise erişkin erkek popülasyonunun %69'unda değişik düzeylerde (hafif, orta ve ağır) EİB saptanmıştır. Bu oran ülkemizde yaklaşık 6,5 milyon erişkin erkeğin EİB sorunu yaşadığını göstermektedir. Bütün bu oranlar EİB'in yaygınlığını göstermektedir. Ne var ki EİB olan erkeklerin ancak %10'undan azı tedavi görmektedir. EİB, cinsel işlev bozuklukları arasında tedavi amacı ile yapılan başvurular arasında en sık

görülenidir. ABD’de Masters ve Johnson grubunda bu oran %55, İngiltere’de Hawton’un grubunda %60, yazarın çalıştığı ünite (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi CİBDTÜ) ise %75’tir. İstanbul Tıp Fakültesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Cinsel İşlev Bozuklukları Tedavi Merkezlerinde aynı oran sırasıyla %70 ve %85,5 bulunmuştur. EİB, organik kökenli CİB arasında en sık görülenidir. Farklı oranlardan söz edilmekle birlikte, bugün daha çok kabul edilen görüş; tıp ve teknolojinin gelişimiyle birlikte erektil yetmezliklerin daha büyük bir kısmının kökeninde organik nedenlerin saptanabildiğidir. Ancak organik bir patolojinin (örneğin; vasküler yetmezlik) saptanması, eşlik edebilecek psikişik bir bozukluğun varlığını dışlamadığı gibi bazen ayırıcı tanının yapılmasından önce mevcut olmayan psikojen komponentin mevcut organik tabloya eklenmesine neden olabilir. Çünkü organik bir CİB’nin psikişik bir komponentinin olmaması düşünülemez. EİB’in nedeninin psikojen olduğunu belirtmenin güçlüğü organik nedenlerin dışlanmasını gerektirmesindedir. Öykü çoğu kez bu ayırımı yapmakta yetersiz kalmaktadır. Buna rağmen öykü alınırken mutlaka sorulması gereken sorular şunlardır:

a. EİB ilk cinsel aktiviteden itibaren mi mevcut, yoksa presipitan olabilecek bir olayı izleyerek mi ortaya çıkmış (primer-sekonder ayırımı)? EİB primer bir sorun ise organik olma şansı daha fazladır.

b. EİB, yalnızca danışan bireyin partneri ile beraberliği sırasında mı oluşuyor, yoksa masturbasyon ya da başka bir partnerle ilişki sırasında da oluşuyor mu? (durumsal-total ayırımı)? EİB total bir sorun ise organik olma şansı daha fazladır.

c. Uygun zaman, uygun yer, uygun kişi koşullarının varlığında EİB oluşuyor mu? Uygun yer, zaman ve kişi varlığında oluşan EİB, daha çok organik etioloji düşündürmelidir.

d. EİB yavaş yavaş mı yoksa aniden mi ortaya çıkmış? Aniden ortaya çıkan EİB daha çok psikişik etioloji düşündürmelidir.

e. EİB pozisyon değişikliğine bağlı olarak artıp azalıyor mu? Pozisyon değişikliği ile artan-azalan ereksiyonlar daha çok organik etioloji düşündürür.

f. EİB’nin ortaya çıkışının hemen öncesinde kullanılan bir ilaç ya da geçirilmiş bir operasyon öyküsü var mı? Böyle bir öykünün varlığında organik etioloji düşünülmelidir.

g. Sabah ereksiyonları oluşuyor mu?

h. Ereksiyon sırasında peniste şekil değişikliği oluyor mu?

Yan etki olarak ereksiyon kusuru oluşturabilecek bir ilacın yakın geçmişte ya da halen kullanılıyor olması ya da eşlik eden psikişik bozukluk öyküsünün varlığında organik-psikişik ayırımını yapmak daha da güçleşmektedir. Öykü ve mevcut tanı yöntemlerinin (penil dopler ultrasonografi, intrakavernozal enjeksiyonlar ve nokturnal penil tumesans gibi) tümünün uygulanmasına karşın EİB’lerin %17’sinde ayırıcı tanı kesin olarak yapılamamaktadır. Kaldı ki bazı olgularda organik ve fonksiyonel etkenler birlikte rol oynamakta, bu olgularda organik ve fonksiyonel etkenler mevcut patolojiyi yalnız başlarına açıklamakta yetersiz kalmakta ancak birarada açıklayabilmektedirler. EİB’nin etiolojisinde rol oynayan organik etkenler arasında en önemlileri vasküler (arteriyel ve venöz yetmezlik), nörolojik iatrojenik (ilaçlar, cerrahi girişimler), metabolik ve endokrin nedenlerdir.

EİB’nin ortaya çıkışında ya da devamında en önemli psikojen etken, performans ile ilgili olumsuz beklenti ve değerlendirmelerdir. Performans, başarıya ilişkin bir kavramdır. Bireyin performansının yetersiz olacağına ilişkin beklentisi ve yetersiz performans sonucunda ortaya çıkabilecek sorunlar ile ilgili düşünceleri yoğun anksiyete yaşamasına ve cinsel ilişkiden kaçınmaya, cinsel isteksizliğe, hatta depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Diğer taraftan ereksiyon kusuru, depresyonda sık görülen belirtilerden biridir. Hangisinin diğerine neden olduğu kesin olarak bilinmemekle birlikte olumsuz düşünce biçimi ve bakış açısının hem depresyona, hem de EİB’e zemin hazırladığı bilinen bir gerçektir. Performans kaygısı yanısıra suçluluk duygularının eşlik ettiği evlilik dışı ilişkiler, bireyin partnerindeki cinsel işlev bozukluğu, çeşitli cinsel mitler, abartılı beklentiler, rastlantısal başarısızlıklar ve evlilik ilişkisindeki sorunlar da psikojen nitelikte EİB’nin ortaya çıkmasına neden olabilir.

İyi yetişmiş bir klinisyenin EİB yakınması ile gelen bir erkeği rahatlatabilmesi, iyi bir öykü alabilmesi, gerekirse ayırıcı tanı yönünde uygun tetkikleri yaptırması ve hastayı mevcut sorunun kökenine göre yardım alabileceği en uygun tıp disiplinine yönlendirebilmesi beklenir.

### C. Orgazm bozuklukları

**1. Anorgazmi (inhibe erkek orgazmı):** Normal bir cinsel uyarılma dönemini izleyerek inatçı ve tekrarlayıcı biçimde orgazmın gecikmesi ya da olma-

ması anlamına gelir. Klinisyen, orgazm gecikmesini değerlendirirken danışanın yaşını ve yeterli bir cinsel uyarılmanın olup olmadığını gözönüne almalıdır. Yine bu tanı konulmadan önce diğer I. eksen bozukluklarının ve organik etkenlerin dışlanmış olması gerekir. Ayırıcı tanıda prostat ameliyatlarını takiben gelişen retrograd ejakülasyonun da dışlanması gerekir. Çoğu kez cinsel birleşmeyle boşalmanın gecikmesi ya da olmamasına karşın, oral ya da elle uyarmayı takiben orgazm oluşabilmektedir. Erkeklerdeki CİB arasında daha nadir görülen bir bozukluktur.

## **2. Erken boşalma (prematür ejakülasyon):**

Erken boşalmanın fikir birliğine ulaşılmış bir tanımı yoktur. "Erkeğin, partneri orgazm olmadan önce boşalması" biçimindeki bir tanım mevcut sorunun partnerinin orgazmının gecikmesi ile ilgili olup olmadığını yeterince yansıtmadığından doğru değildir ve bu tanımlama günümüzde bir cinsel mit olarak kabul edilmektedir. İnatçı ve tekrarlayıcı biçimde, çok az cinsel uyarılma ile cinsel birleşme öncesinde ya da birleşmeden hemen sonra ve kişinin ve partnerinin arzu ettiği süreden daha önce oluşan boşalma daha iyi bir tanımlama olmaktadır. Klinisyen bu tanıyı koymadan önce yaş, cinsel birleşme sıklığı, partner özellikleri, ön sevişme süresi ve ortamın uyarıcılığı gibi etkenleri gözönüne almalıdır.

Erken boşalmada önemli olan süre değil, boşalma refleksi üzerinde istemli denetimin olmamasıdır. Denetimsizliği tanımlamada "erken" sözcüğü uygun olmadığından "erken boşalma" yerine "denetimsiz boşalma" ya da "istemsiz boşalma" terimlerinin kullanılması daha uygun olacaktır.

İlk kez cinsel ilişkiye giren genç erkeklerde sık görülür. Çoğu erkek daha sonraları boşalma süresi üzerinde bir kontrol geliştirir. Toplumda en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olmasına karşın, cinsel işlev bozuklukları tedavi merkezlerine başvurular arasında EİB'den sonra ikinci sıradadır. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Cinsel İşlev Bozuklukları Merkezi'nde %14,5 olarak saptanan bu oran yazarın ünitesinde (CİBDTÜ'de) %20-25 arasında değişmektedir. Yazarın ünitesinde denetimsiz boşalma sorunu çoğu kez erektil yetmezlik sorunu ile birlikte görülmektedir. Bu tür olgularda başvurular çoğu kez EİB yönünden yardım almak amacıyla yapılmakta ancak incelendiğinde temel sorunun denetimsiz boşalma olduğu saptanmaktadır. Eğitim düzeyi daha yüksek olan grupta bu yakınma ile başvuruların daha fazla olmasının, partneri tatmin etme çaba ve kaygısından kaynaklandığı belirtilmektedir. Denetimsiz boşalma genellikle primer bir sorundur. Çoğu kez

hızlı yapılmış masturbasyon öyküsü vardır. Gerek erkekte oluşturabileceği performans kaygısı gerekse hem erkek hem de partnerinde diğer cinsel işlev bozukluklarına zemin hazırlaması nedeniyle tanı ve tedavisi büyük önem taşımaktadır. Prognoz, büyük oranda kadının tepkisi ile belirlenir. Öfkeli, suçlayıcı ve aşağılayıcı tutumlar, erkeğin kendine olan güvenini azaltarak boşalma süresinin daha da kısalmasına neden olabilir. Erkeklerin çoğu, cinsel ilişki sırasında dikkatlerini cinsellik dışı bir alana yönlterek ya da cinsellik dışı konular düşünerek sorunu çözmeye çalışırlar. Bu tutum çoğu kez işe yaramadığı gibi, cinsel birleşmeden alınan zevki de azaltır. Kullanılan çeşitli anestetik kremlerin ya da geciktirici olduğu belirtilen spreylerin olumlu bir etkisi gösterilmediği gibi, bunlar uyarılmanın bozulmasına da neden olabilirler. Denetimsiz boşalma sorunu yaşayan erkeklerin partnerlerinde ikincil bir sorun olarak cinsel ilgi ve istek azalması ya da orgazm bozukluklarının ortaya çıkması şaşırtıcı değildir.

## **3. Geç boşalma (retarde ejakülasyon):**

Kendisini, boşalmanın hiç olmaması (masturbasyon, uyku ve cinsel birleşme sırasında), kısmen oluşması (masturbasyonda oluşan ancak cinsel birleşme sırasında oluşmayan) ya da oldukça uzun süren bir uyarılma sonunda oluşan boşalma biçiminde gösterebilir. Genellikle aşırı kontrollü ve kendini cinselliğe bırakmakta güçlük çeken ve partnerine hostilite duyguları yaşayan erkeklerde görülen bir bozukluktur. Ancak boşalmanın hiç olmaması çoğu kez organik bir patolojiye işaret eder. Bazı ilaçların kullanımı (antidepresanlar ve tiyoridazin gibi nöroleptikler) boşalmayı geciktirebilmektedir. Retrograd ejakülasyonda orgazm duyumu alınmakta ancak penisten dışarıya bir ejakülat oluşmamaktadır. Bu tür durumlarda ejakülat mesane içine atıldığından seminal sıvı içermesi nedeniyle idrarın bulanık gelmesi tanıda değerli bir bulgudur. CİB merkezlerine yapılan başvurular arasında en az görüleni geç boşalmadır.

## **D. Cinsel ağrılar**

**1. Disparenü:** Cinsel birleşmenin ağrılı gerçekleşmesi anlamına gelir. Ağrı birleşme sırasında olmakla birlikte, hemen öncesinde ya da sonrasında da olabilir. CİB merkezlerinde nadiren görülen bozukluklardandır. Erkeklerde kadınlara oranla daha az sıklıkla görülen bu bozukluk genellikle Peyronie hastalığı ve prostatit gibi tıbbi bir bozukluğa bağlı olarak oluşmaktadır.

**2. Ağrılı ejakülasyon:** Nadir görülen bozukluklardandır. Genellikle üretra, prostat ve mesane enfeksiyonu gibi durumlara bağlı oluşur. Bu tür sorunu olan erkekler ejakülasyon sonrası peniste yanma hissinden yakınır. Bazen tamamen sağlıklı erkeklerde de ejakülasyon sonrası penis başında aşırı duyarlılık ve ağrı olabilir. Kaplan, ağrılı ejakülasyon ya da ejakülasyon sonrası oluşan ağrıyı, erkeğin ejakülasyonla ilgili kaygısı nedeniyle perine kaslarında spazm oluşmasına bağlamıştır.

### Tedavi

CİB altta yatan organik bir nedene, cerrahi bir girişime, kullanılan bir ilaca ve eşlik eden ruhsal bir hastalığa bağlı olarak gelişmişse, tedavi öncelikle altta yatan etkene yönelik olarak yapılır. Burada unutulmaması gereken önemli nokta CİB'nin çoğu kez tek bir nedene bağlı olmadığıdır. Her organik olayın psişik bileşenlerinin olacağı gözönünde bulundurulur, sorun bütüncül olarak ele alınmalıdır.

Psikojen kökenli CİB'nin tedavisinde ise seks terapi-

leri olarak bilinen yaklaşım kullanılır. Bu yaklaşımın özünde, CİB'nin türüne özgül olarak geliştirilmiş tekniklerin, danışan birey ve çiftin özellikleri ve gereksinmelerine uygun bir biçimde uygulanması söz konusudur.

Tedavi oturumları sırasında birey ve çiftlere sorunlarının çözümünde kullanabilecekleri teknikler ayrıntıları ile anlatılır ve bir sonraki terapi oturumuna kadar yürütecekleri aktiviteler ev ödevleri biçimde verilir. Tedavideki hedefler doğrultusunda daha kolaydan daha zora doğru aşamalı biçimde düzenlenen ev ödevleri sırasında bir aşama başarıyla tamamlanmadan bir sonraki aşamaya geçilmez. Bilişsel-davranışçı tekniklerin ağırlıklı olarak kullanıldığı bu tür tedaviler, bu konuda eğitim almış ve uzmanlaşmış profesyoneller tarafından yapılmalıdır. Bu konuyla ilgili olarak uygun ya da yeterince eğitim almamış hekimlerin kendilerine danışan birey ve çiftleri mevcut sorunları konusunda bilgilendirmeleri, ayırıcı tanı yapmaları ve danışanları en çok yardım alabilecekleri ilgili tıp disiplinine yönlendirmeleri yeterli olacaktır.

### Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Gillan (1987) Cinsel Sorunlar ve Tedavileri El Kitabı, 1. Baskı. Çeviri: E Eker, M Özmen, HE Özmen. Menteş Kitabevi, İstanbul, 1993.
2. İncesi C (1998) Cinsel İşlevin Fizyolojisi. Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi 1, N Yetkin, C İncesu (Ed). s.3-11.
3. Hattat H, Ergen A, Anafarta K ve ark. (1998) Erektile Disfonksiyon Eğitim Rehberi, Pfizer, İstanbul.
4. Hawton K (1985) Sex Therapy: A Practical Guide, Oxford University Press.
5. Özmen M (1998) Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 3(1):91-96.
6. Özmen HE (1998) Cinsel Mitler ve Cinsel İşlev Bozuklukları, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 3(1):183-190.
7. Sungur MZ (1994) Kadında Cinsel İşlev Bozuklukları. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, 2(3):7-13.
8. Sungur MZ (1996) Cinsel İşlev Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı, 1. Baskı, I. Sayı (Ed) ANTİP A.Ş. Yayınları, s.257-263.
9. Sungur MZ (1998) Cinsel İşlev Bozuklukları. Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 2. C Güleç, E Köroğlu (Ed). Hekimler Yayın Birliği, s.617-637.
10. Yetkin N (1998) Cinsel Öykü Alma ve Cinsel İşlevin Değerlendirilmesi. Cinsel İşlev Bozuklukları (Ed) Monograf Serisi 1. N Yetkin, C İncesu, s.27-29.
11. Yetkin N (1998) Cinsel İşlev Bozukluklarında Sınıflama, Terminoloji ve Kullanılan Temel Ölçekler. Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi 1. N Yetkin, C İncesu (Ed), s.12-13.