



BÖLÜM 39

Cinsel İşlev Bozuklukları Tanımı ve Psikofarmakolojik Tedavi Yaklaşımları

Gözde YONTAR¹

GİRİŞ

Cinsellik, doğumdan yaşamın sonuna değin varoluşumuzun her basamağında yer bulan fizyolojik, anatomik, psikolojik, toplumsal bir gerçekliktir. Cinsellik genel olarak ilgi çekici ve merak uyandırıcıdır. Cinsel öğelerin tasviri ilk insandan bu yana, mağara resimlerinden başlayarak, Rönesans dönemindeki anatomik çizimlerden, günümüzde sanal ortamının pornografik içeriklerine dek uzanmaktadır.

İnsanların tümü için doğal ve eşit kabul edilmesi gereken bir olguyken, kültürel ve kişisel farklılıkların cinsellikle ilgili inanç ve değerleri belirgin derecede etkilediği gözlenmektedir. Bu nedenle, normal cinsel tutumun tanımı sosyal anlamda netleşmemiştir, toplumdan topluma ve kültürel kabullere göre değişiklik gösterir. Ne var ki normal cinsel ilişki bireyin hem kendisinin hem de partnerinin birincil seks organlarını uyararak doyuma ulaşması şeklinde tanımlanabilir (1).

Dünya Sağlık Örgütü cinsel sağlığı şöyle tanımlar: “Cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil, duygusal, düşünsel ve sosyal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını pozitif yönde zenginleştiren ve arttıran sağlıklılık hali”. Buradan yola çıkarak

cinsellik, sağlıklı yaşamın doğal bir parçasıdır ve sadece cinsel birleşmeden ibaret değildir. Birleşme cinsel deneyimlerden yalnızca biridir (2).

CİNSEL SORUNLAR VE NEDENLERİ

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar cinsel sorunların sıklığının birbirine benzer olduğunu göstermektedir ve yaklaşık olarak her üç kişiden birinin cinsel hayatının bir döneminde en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşadığını ortaya çıkarmıştır. Cinsel işlev bozuklukları yaşam boyu ya da edinsel, yaygın ya da sadece belirli durumlar, uyarımlar ya da eşlerle ortaya çıkabilir (durumsal). Ruhsal hastalıklar, fizyolojik unsurlar, kısıtlayıcı toplumsal öğretiler, eş ve ilişki sorunlarını kapsayan birçok stres faktörü cinsel işlev bozukluklarına neden olabilir. Bununla birlikte psikiyatrik bozukluklar (duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, şizofreni vb.) sıklıkla cinsel işlev bozukluklarına eşlik eder (1).

DSM-V’te cinsel işlev bozuklukları erkekte düşük cinsel istek bozukluğu, sertleşme bozukluğu, geç boşalma, erken boşalma, kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu, madde/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu, diğer tanımlanmış-cin-

¹ Uzm. Dr., Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, gozdeyontar@gmail.com

Bu alanda literatürde pek çok çalışma mevcuttur ancak TCA'ların sık görülen yan etkileri (ağız kuruluğu, hipotansiyon, baş dönmesi, yorgunluk vb.) tercih edilme sıklıklarını azaltmıştır (28). Sildenafil erektil disfonksiyon tedavisi için kullanılmakla birlikte yapılan çalışmalar preparatın prematür ejakülasyon tedavisinde de faydalı olduğunu göstermiştir (29). Sildenafil bu alanda endikasyon dışı reçete edilebilir. Ayrıca paroksetinin bu preparatla birlikte kullanımının İELT ve cinsel tatminde daha etkili olduğu tespit edilmiştir (30).

Lidokain-prilokain lokal anestezikleri prematür ejakülasyon sağaltımında en sık üzerinde durulan preparatlardır. Bu tedavinin krem ve sprey şeklinde iki ayrı uygulama yöntemi mevcuttur. Krem formu cinsel ilişkinden 10 ila 30 dakika önce uygulanır. Bu yöntemin etkinliğini ispatlayan pek çok çalışma mevcuttur. En önemli dezavantajı yüksek dozda görülen uyuşmaya bağlı ereksiyon azalması ve tedavinin sekteye uğramasıdır (31, 32). Her iki ajanın sprey formu literatürde TEMPE (Topical eutectic mixture for premature ejaculation=150 mg lidokain + 50 mg prilokain karışımı) olarak adlandırılmaktadır (33). Bu karışım cinsel birleşmeden yaklaşık 5 dakika önce penise lokal olarak uygulanır.

SONUÇ

Sonuç olarak, cinselliği içeren her problem bireye özel ve önemlidir. Toplumda gerçekte olan cinsel işlev bozuklukları, çalışmalarla tespit edilen oranlardan çok daha fazladır. Psikiyatrik hastalıkların kolaylaştırdıkları cinsel işlev bozuklukları olduğu gibi, cinsel işlev bozuklukların sekonder olarak psikiyatrik hastalıklara sebep olabileceği unutulmamalıdır. Hekimlerin görevi cinsel yaşam ve sorunları ile ilgili bilgilendirme yapmak, cinsel işlev bozukluğunun tanı ve ayırıcı tanısına özen göstermek, uygulama dışı ve etik olmayan yöntemlerden hastaların zarar görmesini engellemektir. Özellikle bu alandaki farmakolojik ajanların yan etkileri açısından hastalar dikkatle değerlendirilmeli ve gerekli uyarılar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sadock, B. J., Sadock V. A. & Ruiz P. (2016). Kaplan & Sadock Synopsis Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. (Ali Bozkurt, Çev. Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
2. Kadioğlu, D. & Şatıroğlu H. (2011). Cinsel mitler. Elif Berna Kutluata (Ed.). *Vajinismus* içinde (s. 45-59) . Ankara: Arkadaş Yayınevi
3. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. (Koroğlu E, Çev. Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
4. İncesu, C. (1998). Cinsel İşlevin Fizyolojisi. Nesrin Yetkin, Cem İncesu (Ed). Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi-1 içinde (s. 1-12). İstanbul: Roche
5. Koroğlu, E. (2020). Cinsel İşlev Bozuklukları. Ertuğrul Koroğlu (Ed.), Klinik Psikiyatri içinde (s. 517-527). Ankara: Esenkay Yayıncılık.
6. İncesu, C. (1999). Cinsel İşlev Bozukluklarında Ayırıcı Tanı Süreci. Nesrin Yetkin, Cem İncesu (Ed). Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi-2 içinde (s. 10-25). İstanbul: Roche
7. İncesu, C. (2001). Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları. Nesrin Yetkin, Cem İncesu (Ed). Cinsel İşlev Bozuklukları içinde (s.65-95). İstanbul: Roche
8. Kadioğlu, D. & Şatıroğlu H. (2011). Cinsel Anatomi ve Fizyoloji. Elif Berna Kutluata (Ed.). *Vajinismus* içinde (s. 59-75) . Ankara: Arkadaş Yayınevi
9. Kadioğlu, D. & Şatıroğlu H. (2011). Vajinismus Tedavisindeki Uygulamalar. Elif Berna Kutluata (Ed.). *Vajinismus* içinde (s. 95-113) . Ankara: Arkadaş Yayınevi
10. Kendirci, M & Kadioğlu, A. (2001). Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları. Nesrin Yetkin, Cem İncesu (Ed). Cinsel İşlev Bozuklukları içinde (s.95-134). İstanbul: Roche
11. Eardley I, Donatucci C, Corbin J, et al. Pharmacotherapy for erectile dysfunction. J Sex Med 2010;7:524-40.
12. Carson CC, Lue TF. Phosphodiesterase type 5 inhibitors for erectile dysfunction. BJU Int 2005;96:257-80.
13. Pomeranz DH, Smith KH, Hart WM, et al. Sildenafil-associated nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy. Ophthalmology . 2002;109(3):584-7. doi: 10.1016/s0161-6420(01)00976-9.
14. Mukherjee B, Shivakumar T. A case of sensorineural deafness following ingestion of sildenafil. J Laryngol Otol 2007;121:395-7.
15. Farooq MU, Naravetla B, Moore PW, et al. Role of sildenafil in neurological disorders. Clin Neuropharmacol 2008;31:353-62.
16. Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, et al. Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation. Eur Urol 2010 Feb 20 [Epub ahead of print].
17. Salonia A, Bettocchi C, Carvalho J, et al. EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2021 978-94-92671-13-4. Arnhem, The Netherlands: EAU Guidelines Office; 2021.

18. Dresser MJ, Desai D, Gidwani S, et al. Dapoxetine, a novel treatment for premature ejaculation, does not have pharmacokinetic interactions with phosphodiesterase-5 inhibitors. *Int J Impot Res* 2006;18:104–10.
19. Levine L. Evaluation of withdrawal effects with dapoxetine in the treatment of premature ejaculation (PE). Poster presented at SMSNA 2006.
20. McMahon CG, Althof SE, Kaufman JM, et al. Efficacy and safety of dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: integrated analysis of results from five phase 3 trials. *J Sex Med* 2011;8:524–39.
21. McMahon CG. Long term results of treatment of premature ejaculation with selective serotonin re-uptake inhibitors. *Int J Impot Res* 2002;14:S19.
22. Lee J. Potential Risks for the Off-label Use of SSRIs in Premature Ejaculation (CME). *J Sex Med* 2010;7:2622–4;quiz 2625.
23. Montague DK, Jarow J, Broderick GA, et al. AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation. *J Urol* 2004;172:290–4.
24. Giuliano F. 5-Hydroxytryptamine in premature ejaculation: opportunities for therapeutic intervention. *Trends Neurosci* 2007;30:79–84.
25. Athanasios Z, Polyanthi P, George K. The efficacy of duloxetine in the treatment of premature ejaculation. *Int Urol Nephrol* 2007;39:115–8.
26. Gillman PK. Tricyclic antidepressant pharmacology and therapeutic drug interactions updated. *Br J Pharmacol* 2007;151:737–48.
27. Waldinger MD. Drug treatment options for premature ejaculation. *Exp Opin Pharmacother* 2018;19:1077–85.
28. Chen J, Keren-Paz G, Bar-Yosef Y, et al. The role of phosphodiesterase type 5 inhibitors in the management of premature ejaculation: a critical analysis of basic science and clinical data. *Eur Urol* 2007;52:1331–9.
29. Salonia A, Maga T, Colombo R, et al. A prospective study comparing paroxetine alone versus paroxetine plus sildenafil in patients with premature ejaculation. *J Urol* 2002;168:2486–9.
30. Busato W, Galindo CC. Topical anaesthetic use for treating premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebocontrolled study. *BJU Int* 2004;93:1018–21.
31. Henry R, Morales A, Wyllie MG. TEMPE: Topical Eutectic-Like Mixture for Premature Ejaculation. *Exp Opin Drug Deliv* 2008;5:251–61.