

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ
ASKERİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞI

**ERKEK YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU HASTALARINDA
CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI VE
DEPRESİF BOZUKLUK EŞ-HASTALANIMIN
CİNSELLİK ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

LEVENT DÖVÜŞKAYA
Tbp. Yzb.

ANKARA

2008

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ
ASKERİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞI

**ERKEK YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU HASTALARINDA
CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI VE
DEPRESİF BOZUKLUK EŞ-HASTALANIMIN
CİNSELLİK ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

LEVENT DÖVÜŞKAYA
Tbp. Yzb.

TEZ DANIŞMANI
Fuat ÖZGEN
Prof.Tbp.Alb

ANKARA
2008

GATA Askeri Tıp Fakóltesi Dekanlığına;

“Erkek yaygın anksiyete bozukluğu hastalarında cinsel işlev bozuklukları ve depresif bozukluk eş-hastalanımın cinsellik üzerine etkilerinin değerlendirilmesi” konulu bu çalışma, jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Prof.Tbp.Alb. Fuat ÖZGEN

Üye : Prof. Tbp. Alb. Aytekin ÖZŞAHİN (Başkan)

Üye : Prof. Tbp. Alb. Mesut ÇETİN

Üye : Prof.Tbp.Alb. Fuat ÖZGEN

Üye : Doç. Tbp. Alb. Servet EBRİNÇ

Üye : Doç Tbp. Yb. Tümer TÜRKBAY

Üye : Prof. Tbp. Alb. Zeki GÖKÇİL (Yedek)

Üye : Doç. Dz.Tbp. Alb. K. Nahit ÖZMENLER (Yedek)

ONAY:

Tbp. Yzb. Levent DÖVÜŞKAYA’ nın 10/10/2008 tarihinde savunduğı bu tez, Akademi Kurulu’nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görölmüş ve kabul edilmiştir.

M. Zeki BAYRAKTAR
Prof. Tbp. Tümğ.
Askeri Tıp Fakóltesi Dekanı
Eğt. Hst. Baştabibi

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışması Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Askeri Tıp Akademisi Etik Kurulu'nun 22.05.2008 gün ve ve 1491-646-08/1539 sayılı kararı gereği Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nda yapılmıştır.

Psikolojik, sosyal ve biyolojik değişkenlerin etkileşimi içinde şekillenen cinsellik, bu bileşenlerin birindeki ketlenmeyle, işlevselliğini yitirebilmektedir. Hastalık ile cinsel işlevler arasındaki bağlantıyı araştıran çalışmalar, yanlışlanabilirliğinin zor olması ve cinselliği etkileyen birden çok değişkenin varlığı nedeniyle kısmen bilimsel kısmen hipotetik olarak değerlendirilebilir. Yaygın anksiyete bozukluğu ile depresif bozukluk benzer klinik özellikler sergilese de ayrı hastalıklar olduğu düşüncesinin doğruluğunun cinsellik açısından araştırılmasına karar verilmiştir.

Eğitimim boyunca bana her türlü sosyal ve bilimsel desteği veren ve tez çalışmasında emeğini esirgemeyen değerli hocam Prof.Dr. Fuat ÖZGEN'e, aktardıkları bilgiler ve deneyimleri ile katkılarını unutamayacağım hocalarım Prof.Dr. Aytekin ÖZŞAHİN'e, Doç.Dr. Özcan UZUN'a, Doç.Dr. K.Nahit ÖZMENLER'e ve Doç.Dr.Ali BOZKURT'a, psikiyatri kliniğini seçmemde, sevmemde ve süregenliğimde rol oynayan, varlıklarından güç aldığım emekli hocalarım Prof.Dr.Hamdullah AYDIN ve Doç.Dr.Adnan CANSEVER'e şükran ve saygılarımı sunuyorum. Eğitimimin büyük bölümünde birlikte çalıştığım ağabeylerim Yrd.Doç.Dr. Sinan YETKİN, Yrd.Doç.Dr. Tunay KARLIDERE, Yrd.Doç.Dr. Levent SÜTÇİĞİL ve Yrd.Doç.Dr. Ali DORUK' u sevgiyle selamlıyorum. Çocuk Psikiyatri rotasyonunda kendilerinden her alanda çok şey öğrendiğim Doç.Dr. Tümer TÜRKBAY,Doç.Dr. Özgür YORBİK ve Yrd.Doç.Dr. Ayhan CÖNGÖLOGLU'na ve nöroloji stajımda klinisyenliğini örnek aldığım Doç.Dr.Fatih ÖZDAG'a teşekkürü borç biliyorum.

Birlikte çalışmaktan zevk duyduğum asistan, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve sivil memur arkadaşlarıma ayrıca sabırlarından dolayı aileme şükranlarımı sunarım. Sevgi ve saygılarımla.

Dr.Levent DÖVÜŞKAYA

ÖZET

Erkek yaygın anksiyete bozukluğu hastalarında cinsel işlev bozuklukları ve depresif bozukluk eş-hastalanımının cinsellik üzerine etkilerinin değerlendirilmesi:

Bu çalışmada yaygın anksiyete bozukluğundaki cinsel işlev bozuklukları ve bu bozuklukların alt tiplerinin araştırılması ve depresif bozukluk eş-hastalanımının cinsel işlev ve bozuklukları üzerine etkilerinin değerlendirilerek bu klinik tablolar ile cinsel yapılanma arasındaki nedensellikten ziyade bağlantısallığı araştırmak amaçlanmıştır.

Depresif bozukluk dışındaki diğer psikiyatrik patolojileri dışlamak için DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış psikiyatrik görüşme formu uygulanmış, en az iki psikiyatrist tarafından tanı konulan 41 Yalın YAB ile 19 depresif bozukluk eş-hastalanımı olan toplam 60 evli erkek YAB olgusu çalışmaya alınmıştır. Olguların cinsel alanlarını değerlendirmek için Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri, hastalık şiddetini değerlendirmek için hamilton anksiyete ve depresyon derecelendirme ölçeği uygulanmıştır. Klinik olarak DSM-IV-TR deki ‘ ‘C’ kriteri dışlanarak cinsel işlev bozukluğu tanısı konmuştur.

Yalın yaygın anksiyete bozukluğunda, eş-hastalanıma kıyasla hem klinik hem de ölçek bazında daha fazla erken boşalma, daha az cinsel istek ve sertleşme bozukluğunun olduğu görülmüştür. Depresif bozukluk eş-hastalanımında cinsel işlevsellikte bozulma belirgin olup istek ve uyarılma, boşalma alanına göre daha fazla etkilenmekteydi. Anksiyete şiddeti ile erken boşalma arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Sonuç olarak fizyolojik anksiyete ile patolojik anksiyetenin cinsel problemler yönünden farklı sonuçlar doğuracağı bilinmekle birlikte bu çalışma cinsel istek yönünden bu varsayımın doğru olmayabileceği düşüncesini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Depresyon, Erken Boşalma, Cinsel İşlev Bozukluğu

SUMMARY

Sexual dysfunctions in male generalized anxiety disorder patients and effects of comorbid depression:

The aim of this study is to determine sexual dysfunction formation in generalized anxiety disorder patients and effects of comorbid depression and to search the association of clinic pathologies and sexuality but not causality.

To exclude the other psychiatric disorder except depressive disorder in all patients, The Structured Interview for DSM-IV-TR Axis I disorders were used. The sexuality of 41 Generalized Anxiety Disorder (GAD) and 19 GAD and comorbid depressive disorder patients diagnosed at least two psychiatrist were assessed in the study and evaluated using Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction, DSM-IV-TR for Sexual Dysfunction, Hamilton Anxiety and Depression Scale. DSM-IV-TR criteria were employed to diagnose sexual dysfunctions in this sample; however, the 'C' criterion, which states that 'the sexual dysfunction cannot be related to other Axis I disorders', was excluded.

It was seen that GAD and comorbid depression patients reported a significantly greater proportion of sexual disorders compared with GAD without comorbidity: especially sexual desire and erection but not ejaculation. Premature ejaculation is most common sexual dysfunction in male GAD without comorbidity. In addition, It has founded that higher anxiety levels causes more premature ejaculation.

Previous studies found that effects of physiological and pathological anxiety on sexuality is different. But this study shows that their effects may be similar especially on sexual desire.

Key Words: Generalized Anxiety Disorder, Depression, Premature Ejaculation, Sexual Dysfunction

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
İNGİLİZCE ÖZET.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Yaygınlık.....	4
2.1.3. Nedensellik ve Eş-hastalanım.....	5
2.2. Cinsel İşlev Bozuklukları.....	7
2.2.1. Tanım.....	7
2.2.2. Erkek Cinsel Anatomisi.....	8
2.2.3. Cinsel Yanıt Döngüsü ve Erkek Cinsel Fizyoloji.....	9
2.2.4. Yaygınlık.....	11
2.2.5. Nedensellik.....	12
2.2.6. Cinsel İstek Bozuklukları.....	14
2.2.7. Cinsel Uyarılma Bozuklukları.....	16
2.2.8. Orgazm Bozukluğu.....	17
2.3. Anksiyete ve Cinsel İşlevler.....	21
2.4. Depresif Bozukluk ve Cinsel İşlevler.....	24
3. AMAÇ.....	26
4. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
5. BULGULAR.....	30
6. TARTIŞMA.....	39
7. SONUÇLAR.....	48
8. KAYNAKLAR.....	50
9. EKLER.....	59

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

CIA	: Cinsel İstek Azalması
CIB	: Cinsel İşlev Bozukluğu
CTB	: Cinsel Tiksinti Bozukluğu
DB	: Depresif Bozukluk
DSM-IV-TR	: Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı
EB	: Erken Boşalma
GABA	: Gama Amino Butirik Asit
GB	: Geç Boşalma
GRISS	: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği
HAM-A	: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği
HAM-D	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
PTSB	: Posttravmatik Stres Bozukluğu
SCID-I	: DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu
SB	: Sosyal Fobi
SSRI	: Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörleri
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

GİRİŞ

“My brain? It is my second favourite organ.”

Woody ALLEN, 1993.

Çoğu erkek Woody ALLEN’ a hak verecektir. Cinsellik yaşam kalitesinde önemli yer tutmaktadır. Genel popülasyonda erkeklerin %15-20’ si cinsel sorunlardan yakınmaktadır. Çoğu erkek için bu konuda başvuru nadirdir ve başka şikayetlerle maskelenebilir (32).

Cinsellik, cinsel doyum ve iki insanın uyum içerisinde beraberliklerini içeren sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, psikolojik ve sosyal etkileşimlerle şekillenen özel bir yaşantı olarak tanımlanabilir. Bu alanların birinde yaşanan sorun, cinselliğe de yansiyarak işlevselliği etkileyebilir (4).

Cinsel işlev bozuklukları her yönü ile klinik psikiyatri alanında giderek artan bir önem kazanmaktadır. Hastalık ile cinsel işlevler arasındaki bağlantıyı araştıran çalışmalar cinselliği etkileyen birden çok değişkenin varlığı ve yanlıştırılabilirliğinin zor olması nedeniyle kısmen bilimsel kısmen hipotetik olarak değerlendirilebilir. Günümüze kadar yapılan çalışmaların sınırlılığı bu alanın hem bireysel hem de toplumsal alandaki tabu niteliğinden, cinsel işlevlerin sorgulanmasındaki ve birden çok değişkenin etkililiğini değerlendirmenin güçlüğünden kaynaklanmaktadır.

Psikanalitik ekol yakın geçmişte cinsel işlev bozuklukları ve anksiyete bozukluklarını birbiriyle paralel fenomenler olarak değerlendirmiş, cinsel dürtüler ve bu dürtülere yönelen savunma düzeneklerinin anksiyete bozukluklarının oluşumundan ve sürmesinden sorumlu tutmuştur (29,31). Ancak anksiyete bozukluklarının bu cinsel etyolojisine yönelik varsayımlara karşın Barlow (8), cinsel dürtülerin düzenlenmesi ile anksiyete bozukluklarının oluşumu arasında nedensel bağlantı olmadığını ancak bilgi işleme süreçlerinin benzer olduğunu bildirmiştir. Biyolojik kuram ise Schopenhauer’ in ‘ İnsan istemekte özgürdür. Ancak istemeyi istemekte özgür müdür?’ yaklaşımına paraleldir. Ekollerin belirlenimci (deterministik) yaklaşımlarının konuyu diyalektik düzeye taşıyamadığını, sebep sonuç ikileminde taraf olduklarını düşünmekteyim.

Bu çalışmada çoğu değişken gözardı edilmekte birlikte psikiyatrik eş-hastalanımın cinsel işlevler üzerine etkisinin değerlendirilebileceği ve haz ile anksiyete (kaygı) arasındaki bağlantıyı hastalık düzeyinde irdelenebileceği düşünülmüştür. Bütün, parçalarının toplamından daha geniş kapsamlı ve niteliklidir. Ancak parçanın da bütünün bilgisini içinde barındırdığı varsayımı doğrultusunda yol alınmıştır.

Erkeklerde cinsel işlevler üzerine psikososyal açıdan etkili olduğu düşünülen durumlar; anksiyete, duygudurum, bilişsel şema, cinsel uyarının niteliği, habituasyon, yaşam olayları, ilişkideki baskınlık ve zgven düzeyidir. Erkekler daha çok görsel uyarıyı çekici bulurken, kadınlar işitme ve diğer uyarılara daha ilgilidir. Bu fark, bazı çalışmalarda minimal iken bazılarında belirgindir. Yine cinsel problemleri olan erkekler kadınlara kıyasla ilişkinin kalitesinde cinselliğin rolünü gözardı etme eğilimindedirler. Cinsellik alanında erkeklerin daha kibirli olduğu yorumu yapılabilir. Cinsellikte yenilik arayışı, her ki cinse de daha cazip gelmekte, yaşlılık halinde ilişki sıklığında, erken boşalma oranında, uyarılmada ve dokunsal duyarlılıkta azalma meydana gelmekte, ereksiyon bozukluğu sıklığı artmaktadır (32). Bu nedenlerle cinselliğe bilişsel yaklaşım ve biyolojik farklılıkların etkilerini dışlamak için evli yetişkin erkeklerden oluşan yapılandırılmış olgularla çalışma yapılmasına karar verilmiştir.

Anksiyete bozukluklarında cinsel işlev bozuklukları özellikle alt tanılarda az çalışılmış bir alanı oluşturmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğu ise çok daha nadir araştırılmış, eş-hastalanım ile ilgili klinik çalışmaya rastlanılmamıştır. Cinsel sorunlar ve cinsel işlev bozuklukları ile psikopatolojinin ilişkisinin araştırılması, bu alandaki sorunların n görülebilmesine ve gerektiğinde hastalığın tedavisi sırasında yapılması gerekenlerin önceliğinin belirlenmesini olanaklı kılacaktır. Yaygın anksiyete bozukluğu ile depresif bozukluk benzer klinik özellikler sergilese de ayrı hastalıklar olduğu düşüncesinin doğruluğunun cinsellik açısından araştırılmasına karar verilmiştir. Çalışmanın amacı nedensellikten ziyade bağlantısallığı araştırmaktır.

GENEL BİLGİLER

2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)

2.1.1. Tanım

Anksiyete, şartlanmış korkudur. Korku, büyük ölçüde hali hazırda mevcut fiziksel bir tehlikeye yanıtken, anksiyete beklenen ve korkulan bir sonuca karşı yanıttır. Anksiyete abartılı olduğunda ve kontrol etmesi güç olduğunda bir semptom durumuna gelir. YAB tanı sistemlerine DSM-III ile birlikte girmiş olan yeni bir anksiyete bozukluğu tanısıdır. Akut ve şiddetli anksiyete atakları ile daha düşük şiddette ve daha kronik anksiyete klinisyenlerce eskiden beri ayırt edilebilmesine karşın, bunlar çoğunlukla bir arada ya da birbirlerinin yerini tutar biçimde kavramlaştırılmıştır. YAB ile ilgili tanı sorunları DSM-III-R' de bir ölçüde giderilmiştir. Uyum bozuklukları kategorisinden ve yaşam olaylarına reaktif, kısa süreli anksiyete hallerinden ayırabilmek amacıyla tanı için gerekli olan bir aylık süre altı aya çıkarılmıştır. Bu yeni ölçütler uygulandığında, YAB' nun çok yüksek bulunan, genel toplumdaki yaşam boyu prevalans oranlarında büyük düşüşler olduğu görülmüştür. DSM-IV' te "aşırı anksiyete ve endişe"yi niteleyen "gerçekdışı" sözcüğü kaldırılmış, endişenin denetlenemez olduğu vurgulanmış ve toplumsal, mesleki alanlar ve işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulma yapması gerektiği belirtilmiştir. Böylece YAB kliniğinin ve sınırlarının daha netleşerek güvenilirliğinin artacağı umulmaktadır (59) . DSM- IV-TR tanı kriterleri aşağıdaki verilmiştir.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri (DSM- IV-TR)(Tablo 1):

- A. En az altı ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında (işte ya da okulda başarı gibi) aşırı kaygılanma.
 - B. Kişi kaygısını kontrol etmekte zorlanır.
 - C. Kaygı, aşağıdaki altı semptomdan üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder. (son altı ay boyunca hemen her zaman en azından bazı semptomlar bulunur).
- (1) huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da tasalanma
(2) kolay yorulma

(3) düşüncelerini odaklayamama ya da zihnin durmuş gibi olması

(4) irritabilite

(5) kas gerginliği

(6) uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku)

D. Kaygı nedeni başka bir Eksen I bozukluğunun özellikleri ile ilişkili değildir.

E. Kaygı ya da fiziksel yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki ya da diğer alanlarında işlevsellikte önemli bozulmaya neden olur.

F. Bu bozukluk bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (23).

2.1.2. Yaygınlık

Kessler ve arkadaşlarının (45) 9000'den fazla kişi ile yaptıkları epidemiyolojik bir çalışmada, YAB' nun 12 aylık prevalansı % 3.1, yaşam boyu prevalansı % 5.1 bulunmuştur. Ciddiyet derecesi açısından %32' sinin ağır, %45 'nin ise orta derecede anksiyöz olduğu bulunmuştur. Psikiyatri poliklinik hastaları ve genel tıbbi hastalıkları olan özel popülasyonlarda sıklık daha da artmaktadır.

YAB, sıklıkla emosyonel ve fiziksel sağlığın kötü olması ile birlikte dir. Psikiyatri dışındaki diğer polikliniklere de sık giden kişilerin % 40.3' ünde uzun süredir YAB öyküsü olduğunu saptanmıştır (59).

YAB' nun başlangıç yaşı, birincil veya başka bir psikiyatrik rahatsızlığa ikincil oluşuna bağlı olarak farklılık göstermektedir. Birincil YAB başlangıcı, 13 yaş kadar erken olabilir veya başka bir anksiyete bozukluğuna ikincil ise 30 yaş olabilir. Bir çalışmada YAB' nun ortalama başlangıç yaşı 21'dir(59).

Hastaların kabaca % 40' ında semptomlar 1- 5 yıl devam eder. %10- 16 ' sında semptomlar yirmi yıldan daha fazla süre devam etmiştir. YAB semptomları kronik olabilir ama zaman içerisinde semptomlar azalıp artma eğilimindedir. Yüksek yoğunlukta anksiyetenin uzun süreli yaşanması, bazı hastaların hastalıklarını mizaç ya da kişilikleri gibi algılamalarına yol açabilir. Sıkıntı yaratan olaylar anksiyetenin gelişmesini tetikleyebilir. YAB ile ilişkili sosyal risk faktörleri cinsiyet (kadında iki kat sık), yaş (24 yaş üzeri), medeni

durum (ayrı, boşanmış), ve işsizliktir. İşsiz kişilerde YAB sıklığının yüksek olması, sosyal ve ailesel stresi yansıtabilir ya da diğer bakışla klinik olarak önemli anksiyetesi olan kişiler mesleki motivasyona sahip olmayabilir (59).

2.1.3. Nedenselliğe bakış ve eş-hastalanım

Genetik ve genetik olmayan faktörlerin bir etkileşiminden söz etmek gerekir. YAB' nun kalıtsal yönlerinin inceleyen çalışmalarda birinci derecede akrabalarda sıklığın arttığı saptanmıştır (61). YAB' nun gelişmesi açısından yatkınlığın yaklaşık olarak % 30 olduğuna inanılmaktadır (42). Aynı genetik zemine etkili farklı çevrelerin, bu hastalıkları ayrıştırdığına dair bilimsel veriler sunan çalışmalar bulunmaktadır (43).

Bu genetik ilişki ile uyumlu olarak özellikle YAB olmak üzere anksiyete bozuklukları ve major depresyonla ilişkili olarak serotonin transport geni içinde nükleotid dizi polimorfizminden bahsedilmektedir (62).

Korku yanıtı doğuştan mevcuttur. Türe özgü bir seri davranışı tetikleyen koruyucu bir sistem tarafından kontrol edilir. Bu koruyucu davranışlar, otonomik uyanma, hipoaljezi ve somatik reflekslerdeki artıştır. Bu sistem, hipotalamo-hipofizer-adrenal(HPA) aksan ve beyin limbik bölgelerinden (amigdalanın santral çekirdeği, medial prefrontal korteks ve stria terminalisin yatak çekirdeği) geçen bir sinir devresini içerir. Amigdalanın santral çekirdeği, korku ve anksiyetenin davranış belirtilerinde rol oynayan hipotalamik ve beyin sapı bölgelerini direkt olarak innerve eder (59).

Amigdala, şartlanmış korkunun ortadan kaldırılması, iç ve dış uyaranlara bağlı ruh hali kaymalarının kontrolü ile otonom ve nöroendokrin fonksiyonların modülasyonunda rol oynayan prefrontal korteksle de bağlantılıdır. Anksiyetede amigdalanın aktivasyonu, prefrontal kortekste uygulayıcı devreleri de etkiler. Prefrontal korteks, idrakin kontrolü ve amigdala inhibisyonu yapan ana kontrol merkezidir. Son çalışmalar, yoğun duyguların yaşanması esnasında, emosyonel devrelerde artan bir aktivite olduğunu ve uygulayıcı devrelerde aktivitenin azaldığını göstermektedir. Diğer bir deyişle yönetici beyin, devre dışı kalır ve davranış otomatik programlanmış yanıtlara doğru hareket eder. Bu düzenlemenin belli bir değeri vardır. Tehdit oluşturan durumlarda sağkalım, hızlı bir yanıtla

güçlendirilir; daha fazla zaman tüketen yönetici işlevler ertelenebilecek lüks haline gelmektedir. Böylece duyu idrake el koyar ve kontrol edilemeyen endişe ortaya çıkar (59).

Peki amigdalanın aktivitesini kontrol etmek üzere yönetici beynin kapasitesini ne belirler? Bu, genellikle durumla ilişkili olmasına rağmen korku ve anksiyete esnasında kısmen genetik etki altında da bulunur. Son zamanlarda yapılan bir çalışma bir gendeki polimorfizmin, alt emosyonel merkezlerde, yönetici beynin yukarıdan aşağıya kontrol kapasitesini etkilediğini göstermiştir (64). Amigdala ve locus cereleus başta olmak üzere hipotalamus, nükleus ambigius, nukleus retikularis ve paraventrikuler nukleus gibi nöroanatomik yapılar ile GABA-Benzodiazepin– Cl-iyonofor, santral noradrenerjik ve serotonerjik sistemler, anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasında ve anormal anksiyetenin bir hastalık olarak sürdürülmesinde belirgin rol oynarlar (59). Santral adenozin, kolesistokinin, glutamat ve nitrik oksit' in de anksiyete oluşumunda önemli olduğunu düşündüren ipuçları bulunmaktadır (87).

YAB' nda serebral glükoz metabolizması, oksipital temporal ve frontal lobda ve serebellumda artmış olarak bulunmuştur. N-Asetil Aspartat/ Kreatinin anormalliğinden bahsedilmektedir. YAB'de gama amino-bütirik asid (GABA), noradrenalin, serotonin (5-HT), kolesistokinin gibi nörotransmitterlerde de değişiklikler saptanmış fakat hiç biri tek başına sorumlu bulunamamıştır. Nöroendokrin olarak da HPA eksenini düzenleyici mekanizmalarında anormallikler olduğu, GH geribildirim mekanizmasında bir bozukluk olabileceği öne sürülmektedir. YAB' nun nörobiyolojik bilmecesinin hâlen aydınlatılamamış olması tanı ve tedavide zorluklara yol açmaktadır (59).

Freud'un psikoanalitik teorisi, anksiyetenin kabul edilemeyen bastırılmış çatışmaların, bilinçli haberdarlığa dönüşme tehditinde bulunduğu bir sinyali olduğunu öne sürer. Bu bilinçsiz çatışmalar, kişinin karakterini ve nörotik semptomlarını şekillendiren erken gelişimsel deneyimlerin ve bebeklik dönemindeki arzuların yansımalarıdır. Ancak psikoanalitik tedavilerin semptomların kontrolunda çok etkili olduğunu

söylemek zordur. Bilişsel teori, anksiyetenin öğrenildiğini, geçmiş deneyimler ve anksiyete ile sonuçlanan yanlış bilimsel varsayımlar nedeni ile herhangi bir durumun hatalı bir şekilde değerlendirildiğini öne sürer. Özet olarak anksiyete bozuklukları sık görülür. Tanı büyük ölçüde öznel bildirimlere ve nesnel davranışsal belirtilere dayanır. Tanı önemlidir çünkü etkin tedavileri vardır (59).

YAB hastalarının %90 kadarında yaşamları boyunca eş-tanılı psikiyatri bozukluk olmuştur ve %66 sında halen eş-tanılı bir bozukluk vardır. Eş-hastalanım, genellikle daha yüksek ciddiye derecesi ve direnç ile ilişkilidir. En sık görülen bozukluklar unipolar depresyon, distimi ve panik bozukluktur. En sık eş-hastalanım % 67 ile depresyondur. Clayton ve arkadaşları (60) bu konuyla ilgili yayınlarında depresif bozukluğu olan hastaların üçte ikisinde anksiyete semptomlarının olduğunu, anksiyetenin gerçekte depresyonun başlangıcı olabileceğini bildirmiştir.

Bir çalışmada (Harvard/ Brown Anksiyete Araştırma Projesi (HAPP)) beş yıllık sürede altı ve bir yıllık aralıklarla sistematik olarak takip edilen YAB 'nın birincil anksiyete bozukluğu veya ikincil anksiyete bozukluğu olarak ortaya çıkma olasılığı eşit bulunmuştur. Bu durum YAB seyrinin istatistiksel olarak ayırtedilemez olduğunu ortaya koyar (59).

2.2. CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI (CİB)

2.2.1.Tanım:

CİB, cinsel yanıt döngüsünün aşamalarında kişisel haz ve zevki engelleyecek bir şekilde ya da kişinin isteğindeki azalma nedeniyle objektif performansında düşüş olarak tanımlanır. DSM-IV-TR sınıflaması Cinsel İşlev Bozukluklarını Eksen- I' de sınıflamıştır (71).

Psikolojik açıdan cinsellik, bireyin seçtiği, tasarladığı ve zaman zaman erteleyerek de olsa yaşadığı bir boyuttur. Burada “yakınlaşma, bütünleşme, bir olma” gereksinim ve isteği belirgindir. Duygusal paylaşımın yoğunluğu, yakınlaşmayı ve cinsel işlevi belirleyici rol oynamaktadır. Bireyin, paylaşımları doğrultusunda davranış biçimleri de değişebilmektedir. Bu tanımlar çerçevesinde, böylesine özel bir yaşantı modelinde normalite sınırlarının

çizilmesi gerekmektedir. Sağlıklı cinsel yaşamın sınırları, anksiyete ve suçluluk uyandırmayan yaşantılar olarak çizilebilir. Farklı gibi görünen davranışlar, kompulsif ve tek doyum yolu olmadıkça sağlıklı kabul edilebilir (4). CİB' nun tanımlanması cinsel fizyolojinin ve cinsel yanıt döngüsünün tanımlanması ve bu döngüde hangi basamakta bozulmanın olduğunun saptanması üzerine kurulmaktadır.

2.2.2. Erkek Cinsel Anatomisi:

Erişkin bir erkekte dış genitaler penis, testis, epididim ve vas deferens bileşenlerinden oluşmaktadır. İç genitaler ise vas deferensin bir bölümü, prostat bezi ve ejakülatuar yoldan meydana gelmektedir. Penis korpus kavernosa adı verilen sütun biçiminde kas yapıdan oluşur ve uyarı ile penil arterlerin genişlemesi bu kaslarda boyut değişikliğine yol açarak ereksiyonu meydana getirmektedir. Ejakülasyon, semenin ve seminal sıvının epididim, vas deferens, seminal kese ve prostattan kuvvetli bir şekilde üretra yoluyla dışarı atılımını tanımlamaktadır. Prostatik üretranın genişlemesi ve penil üretradan semen geçişi boşalma anının yaklaştığı hissinin oluşturduğu emisyon fazını teşkil etmektedir. Ejakülasyonun gerçekleştiği an somatik efferent yolakların kontrolündedir. Ejakülasyona eşlik eden haz duyumu subjektif bir durumu tanımlayıp, santral bir deneyimi göstermektedir (76).

Cinsel organların innervasyonu birincil olarak otonomik sinir sistemi üzerinden yürümektedir. Penisin ereksiyonu iki nörofizyolojik yolağın çalışması ile gerçekleşmektedir. Parasempatik bileşenler, pelvik splanknik sinirler (S2,S3,S4) yolu ile refleks olarak oluşan ereksiyonları meydana getirmektedir. Sempatik torakolumbar yolaklar ise psikolojik olarak oluşan uyarımları taşımaktadır. Kavernozal düz kasların gevşemesi endotel kökenli bir relaksasyon faktörü olan nitrik oksit tarafından, seminal vezikul ve düz kas kasılmasının olduğu emisyon noradreneralinin santral salınımıyla düzenlenir. Beraberinde oksitoksinin lokal salınımı, endotelin ve adenosin trifosfat ta rol alır. Sempatik yolaklar ejakülasyonda önemli rol oynamaktadır (21,76).

2.2.3. Cinsel yanıt döngüsü ve erkekte cinsel fizyoloji:

Cinsel yanıt döngüsü; uyarılma, plato, orgazm ve çözülme olarak tanımlanabilecek dört evreden oluşmaktadır (99). İnsan cinsel fizyolojisi, cinsel uyarılma ve orgazmı oluşturmak üzere sinir sistemi, endokrin ve vasküler sistemlerin karşılıklı etkileşimlerini içerir. Cinsel işlev bozukluğu bu evrelerden bir veya birkaçında anatomik, fizyolojik veya psikolojik nedenlerle bozulma olması olarak tanımlanabilir.

Cinsel yanıt dört temel aşamayı içermektedir:

1. Uyarılma: Bireyin iç (fantazi) ya da dış uyarıyı algılaması ve yaşamasıyla başlamaktadır. Uyarılma, santral ve periferik sinir sisteminin aktive olması anlamına gelmektedir. Uyarılma, erkekte peniste ereksiyon ile karakterize olup birkaç dakikadan birkaç saate kadar sürebilir. Uyarılma dönemi, bireyin uyarılmaya hazır ya da açık olması gibi bir temel içsel durumda, uygun bir uyarı ile başlayan tetiklenmedir denilebilir. Hazır olma, o zamana kadar yaşadıkları ışığında cinsel uyarıyı algılamaya açık olma şeklinde tanımlanabilir. Her birey için farklı olan geçmiş ve gelişim ışığında, her yaşantıda farklı bir hazır olma hali de denilebilir (4). Vazointestinal peptid (VIP) , Asetil kolin, seks steroidleri, dopamin ve NO 'in bu aşamada etkili olduğu düşünülmektedir (75).

2. Plato: Uyarılma sürerken cinsel organda vasküler değişikliklerin tamamlanmasıyla erkekte ereksiyon, kadında vaginal salgılama ve kaslarda gevşeme ortaya çıkmaktadır. Uyarılmanın sürmesi ile erkeğin testisleri büyüyerek yükselir. Kadının vajinal duvarının dış dörtte üçü boyunca orgazmik platform diye bilinen karakteristik kasılmalar olur. Kadında göğüs büyüklüğü % 25 artar. Büyük kas gruplarında kasılmalar olur. Kalp vurumu ve solunum hızlanır, kan basıncı yükselir. Plato dönemi 30 saniye ile birkaç dakika arasında sürer (4).

3. Ejakulasyon/Orgazm: Plato döneminin sonunda ejakulasyonla kendini gösteren, yoğun haz duygusunun yaşanmasıdır. Özellikle orgazm yaşantısının bireysel farklılıklar nedeniyle ortak bir tanımı yapılamamaktadır.

Erkekte semenin güçlü bir şekilde emisyonu ile ejakülasyon ve orgazm olur. Erkek orgazmına prostat, çevre yapıları/kasları ve uretranın dört-beş ritmik spazmı da eşlik eder. Kan basıncı yükselir, kalp atışı artar. Orgazm, üç-beş saniye sürer ve bilincin hafif sislenmesi ile karakterizedir. Uretradan sıvının geçişi erkeğe ejakülasyonun kaçınılmazlığı dönemi adı verilen yaklaşan doruk duygusunu verir. Prostat bir kez kasıldıktan sonra ejakülasyon kaçınılmaz olur. Orgazm inhibisyonunun ise 5-HT₂ reseptör stimülasyonu yaratan serotoninerjik aktivasyona ve alfa adrenerjik antanogizmaya bağlı olarak oluşabileceği düşünülmektedir (4).

4. Çözülme: Çözülme, genital organlardan kanın çekilmesiyle, tüm değişmelerin geriye dönüşü olup, buna subjektif bir iyilik duygusu eşlik eder. Orgazm olduğunda çözülme hızlıdır, olmazsa iki ile altı saat sürebilir. Çözülme döneminden sonra kişiye göre değişen sürelerde refrakter dönem bulunmaktadır. Refrakter dönem, erkekte birkaç dakikadan birkaç saate kadar sürebilir ve bu dönemde cinsel yönden yeniden uyarılmaya görece uzakken, kadında refrakter dönem olmadığı, çoklu ve ardarda orgazm kapasitesi olduğu öne sürülmektedir (4).

Cinsel yanıt, gerçekte tek ve bağımsız bir bütün oluşturmaktan çok, birbirlerinden görece bağımsız iki ayrı bölümden oluşmaktadır. a) Erkekte ereksiyon, kadında ise vazokonjesyon yanıtı, b) Orgazmı sağlayan tonik-klonik kasılmalar. Buna göre ilk bölüm uyarılma ve plato evrelerini içermekte ve parasempatik sistem tarafından innerve edilmekte, ikinci bölüm orgazm evresini içermekte ve sempatik sistem tarafından innerve edilmektedir (37,38).

Serotonin, muhtemelen nitrik oksidin düz kas aktivitesini düzenleyici etkisini bozarak düz kasları gevşetici etkisiyle peniste venöz dönüş blokajını bozmakta, genital bölgede, orgazm sırasındaki ritmik kasılmaları inhibe ederek ereksiyonun oluşması ve sürdürülmesinde güçlüklerle yol açmaktadır. Bunların yanı sıra genital bölgeye kan taşıyan damar duvarındaki düz kasların etkilenişi de patolojilere katılmaktadır. Serotoninin diğer nörotransmitterlerle etkileşimi de cinsel işlevin basamaklarında sorunlara yol açıyor olabilir. Örneğin, adrenerjik sistemle ilişkide inhibitör rol oynadığında

orgazm sırasındaki yoğun adrenerjik deşarjın ortaya çıkmasını engelliyor olabilir. Buspironun 5-HT_{1A} otoresptörünü etkileyerek 5-HT salınımını azaltmakta, bu yolla cinsel isteği uyardığı düşünölmektedir(3). Bir çalışmada (n=48), depresiflerin % 22.9'unda testosteron düzeyinin azalmış olduğu, olguların % 60.4'ünde cinsel isteğin azaldığı saptanmıştır. Cinsel istek azlığı tanımlayanlarda, cinsel isteğin azalmamış depresiflere göre FSH, LH ve TSH düzeylerinde düşöklük saptanmıştır (40).

Nörotransmitter sistemler ve hormonlar açısından genel olarak bakıldığında testosteron, GH, LHRH ve oksitoksin gibi hormonlar, alfa-1 ve beta-2 adrenerjik, kolinerjik, dopamin ve histaminerjik yolakların cinselliğe olumlu, östrojen (erkeklerde), kortizol, melatonin, prolaktin serotonin, GABA ve alfa- 2 adrenerjik aktivasyonun olumsuz etkileri olduğu söylenebilir (37).

2.2.4 Yaygınlık:

Farklı költörlere göre değışkenlik gösteren cinsel işlevler hemen her költürde gizli olan ve tabu olarak kabul edilen bir alanı teşkil ettiğinden bu alanda yapılan çalışmaların sonuçları değışkenlik göstermekte ve CİB' nun gerçek yaygınlık oranları arasında belirgin farklılıklar saptanmaktadır. Kinsey'in (46) alan çalışmasında, genç erkeklerde % 1.6, 70 yaşın üzerinde %27' lere varan sertleşme sorunları olduğuna işaret etmektedir. Yaşları 18 ile 59 arasında değışen 3432 bay ve bayanda kişisel görüşmelerle yapılan bir Amerikan komitesi çalışmasında CİB' nun erkeklerde %31 oranında olduğu bildirilmiştir. En sık işlev bozukluğunun sıklık sırasıyla % 34 istek azalması, %29 erken boşalma ve %10 sertleşme bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (50).

Erkeklerde yaşla birlikte oluşan fizyolojik değışiklikler, cinsel istek ve uyarılmada azalmaya neden olmaktadır. CİB'u nedeniyle tedavi gören erkeklerin çoğunluğunun yakınması sertleşme bozukluğu olduğu ancak erken boşalma sorununun erkeklerde daha sık olduğu olduğu düşünölmektedir. Türkiye' de GATA cinsel işlev bozukluğu polikliniğine müracaat eden olguları değerdendiren bir çalışma da örneklemin %38'inin psikojen sertleşme

bozukluğu, %18.5' inin erken boşalma, % 20'sinin organik sertleşme
bozukluğu hastalarının oluşturduğu bildirilmiştir (12).

2.2.5. Nedensellik:

Son yıllardaki gelişim ışığında, organik kaynaklı CİB' nun yapısal, vasküler, nörolojik, hormonal ve otonom sinir sistemi disfonksiyonuna bağlı olanları ayırt edilebilmektedir. Psikolojik kaynaklı olanların sınıflandırması çeşitli şekillerde yapılsa da tabloyu tanımlamakta yeterli olduklarını söylemek güçtür. İnsan doğasının zenginliği ve bunun yansıması olarak kişiler arası ilişkilerdeki farklılıklar CİB' nun değerlendirilmesini güçleştiren en önemli faktörler olarak sıralanabilir.

Psiko-sosyolojik etkenler (Hawton 1985):

a) Hazırlayıcı Etkenler

Tutucu Ortamda Büyüme
Travmatik Cinsel deneyimler
Cinsel Bilgi Eksikliği
Patolojik Aile İçi İlişkiler
Stresli Yaşam Biçimi ve Kişilik Yapısı

b) Başlatıcı Etkenler

Bedensel Hastalıklar
Cinsel Bilgi Eksikliği
Sadakatsizlik
Gerçekçi Olmayan Beklentiler
Psikiyatrik Bozukluklar
Eş Kaybı

c) Sürdürücü etkenler

Performans Anksiyetesi
Eşin Çekiciliğini Yitirmesi
Cinsel Bilgi Eksikliği
İlişkide İletişim Güçlükleri

Yakınlık Korkusu

Yetersiz Eş İlişkisi

CİB hangi nedenle başlamış olursa olsun sürdürücü etkenlerin devreye girmesi, sorunun süregen hale gelmesine neden olabilir. Bedensel ve psikiyatrik hastalıklar, ilaç, alkol ve uyuşturucu madde kullanımları gibi başlatıcı etkenler çözülmedikçe sorunu sürdürücü etkenlere dönüştürebilirler (4).

Organik etkenler:

Genel popülasyonda CİB nedenselliğinde organik faktörlerin yaş ilerledikçe daha çok yer aldığı dikkati çekmektedir. Cinsel işlevlerin fizyolojik doğada sürmesi için normal endokrin fonksiyon eşliğinde genitallere, sağlam bir nöral ve vasküler bağlantılara ihtiyaç vardır. Bu sistemlerde olan herhangi bir sorun cinsel işlevlere doğrudan veya dolaylı olarak olumsuz yansımaktadır.

Türkiyede yapılan bir çalışmada 948 hasta ile oluşturulan örnekleme kırk yaş altındaki olgularda organisite oranı %17 iken, kırk yaş üzerinde %59 bulunmuştur. Organik nedenlerin %40'ının arteriojenik, %12.5'inin endokrinolojik, %10'unun nörojenik, %10'unun venojenik, %25'inin diğer etkenler olduğu saptanmıştır(14). Aşağıdaki tabloda cinsel işlevleri olumsuz yönde etkileyen hastalıklar ve ilaçlar sınıflandırılmıştır. Sertleşme bozukluğunun vasküler alanla ilişkisi net olup sinir ya da endotel işlevlerini bozan hastalıklar, kasılma ve gevşeme faktörleri arasındaki dengenin bozulması gibi birçok organik faktör nedensellik açısından araştırılmalıdır (Tablo- 2).

Tablo- 2

a) Cinsel işlevleri olumsuz etkileyen hastalıklar

Perivaskuler hastalıklar
Diabetes Mellitus
Multibl Skleroz
Omurilik yaralanması
Hormonal ve Endokrin Bozukluklar
Pelvik hastalık, travma ve cerrahisi
Genital anormallik, hastalık ve cerrahisi

b) Cinsel işlevleri olumsuz etkileyen ilaçlar

Antihipertansifler (Tiazid, , Beta blokerler v.s)
Anti-Ülser İlaçlar (Simetidin)
Alkol, Tütün ve Uyuşturucu Maddeler
Antikonvulzanlar
Antihiperlipidemikler (klofibrat)
Digoksin
Antipsikotikler
Duygudurum Düzenleyicileri
Antidepresanlar (mirtazapin hariç)
Diğerleri (sitotoksik ilaçlar, disülfiram, antiandrojenler)

2.2.6. Cinsel istek bozuklukları:

Cinsel istek, kişinin biyolojik, psikolojik ve sosyal konumundan etkilenen ve ancak geniş bir perspektifle ele alınması gereken belirleyenlerden oluşmaktadır. Merkezi sinir sistemi yapılarından hipotalamus, paleokorteksde yer alan posterior orbito-frontal korteks, cinsel uyarılmanın oluşumunda önem teşkil eder (22). Cinsel işlevlerden sorumlu beyin alanları esas olarak limbik sistem ve hipotalamustur. Hipotalamus gonadotropin salınımını düzenler. Özellikle anterior hipotalamik medyal preoptik çekirdeğin erkek, posterior hipotalamik ventromedyal çekirdeğin ise kadın cinsel davranışlarını yöneten merkezler olduğu düşünülmektedir (21)

Ratlarda preoptik alan erkeklerde 7 kat daha büyüktür. İnsanlarda ise bu alanda dört farklı tip interstisyel hücre saptanmış olup erkeklerde tip 2 ve tip 3 hücrelerin kadınlara nazaran iki kat fazla yoğunlukta olması dikkat çekicidir (36).

Merkezi sinir sisteminin bahsedilen alanlardaki uyarılarının etkisi altındaki genitaler, hem uyarı sırasında hem de cinsel aktivitenin var olduğu sürece bu uyarılara hormonal yanıtlar verir. Bu yanıtların oluşumunda hipofiz-adrenal aks önemli rol oynar ve kronik alkoliklerin %50- 80' inde görülen impotansda, bu aks da oluşan bozulma sonucu oluşan testosteron azalması temel rol oynar.

Cinsel isteğin değerlendirilmesi sadece biyolojik değil, psikolojik ve hatta sosyolojik etmenlerin göz önüne alınmasını gerektirir. Ülkemizde kadınlar arasında en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olup başvuru oranı düşük olduğundan yayınlarda vaginismusun ardında ikinci sırayı alır (37). Bunun nedeni özellikle toplumumuzda cinselliğin doyum değil görev alanı olarak algılanmasında yatar. DSM sınıflamasında cinsel istek bozuklukları; "Azalmış (hipoaktif) Cinsel İstek Bozukluğu" ve "Cinsel Tiksinti (Aversiyon) Bozukluğu" başlıkları altında incelenmiştir.

Azalmış (hipoaktif) cinsel istek bozukluğu :

Cinsel istek azalması (CİA) kadınlarda en sık cinsel işlev bozukluğudur(83). DSM- IV-TR sınıflandırma sistemine göre azalmış cinsel istek; " Sürekli ya da yineleyici olarak cinsel fantazilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az oluşu ya da hiç olmamasının bildirilmesi olarak tanımlanır. Ancak bu tanının konabilmesi için klinisyenin, kişinin yaşı ve yaşam koşulları gibi cinsel işlevselliğini etkileyen etkenlerin göz önüne alınarak cinsel isteğin azaldığı ya da olmadığı yargısına varılabileceği vurgulanmaktadır (23). Azalmış ya da tamamen kaybolmuş cinsel ilgi, cinsel ilişkiye yönelik girişimleri olanaksız kılar, hatta cinsel tiksinti bozukluğu gelişebilir (73). Bu durumun başka bir psikiyatrik bozukluğa ikincil olarak gelişen bir durum olmadığı veya diğer bir cinsel soruna ikincil olarak gelişmediği de klinisyence gösterilmelidir. Birincil olanı yüksek oranda

intrapsişik süreçlerle ilgili olup ergenlik döneminde başlayarak yaşam boyu sürer ve ikincil olana göre daha kötü seyirlidir. Bu bozukluk cinsel etkinliğin kişide yoğun anksiyete ile kaçınma yarattığı cinsel tiksinti bozukluğundan ayırt edilmelidir. Toplumun %20'sinde azalmış cinsel istek bozukluğu olduğu düşünülmektedir (71). Depresif bozukluk hastalarının üçte ikisinde istek azlığı olup bu oran normale kıyasla 2. 5 kat fazladır (10). Cinsel isteği normal olan depresif bireylerin tedaviye yanıtını düşük olduğu ve daha anksiyöz oldukları saptanmıştır (60).

Cinsel tiksinti bozukluğu (CTB):

Bu bozukluk sürekli ya da yineleyici olarak cinsel eş ile genital cinsel ilişki kurmaktan aşırı tiksinti duyma ve bundan tümüyle kaçınma olarak tanımlanmaktadır. (20). Dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta bu bozukluğun sıklıkla azalmış cinsel istek ile birlikte oluşudur ve hatta bazı araştırmacılar bu iki bozukluk arasındaki sınırların belirsiz olduğuna işaret etmektedirler. Schover ve Lo Piccolo (72) CTB'nu, hafif formunda azalmış cinsel istek bozukluğunun bulunduğu diğer ucunda ise fobik düzeyde cinsel kaçınmaların bulunduğu bir uzanımda değerlendirmeyi uygun bulmuştur. Ülkemizde diğer CİB'na göre yaygınlığı az olsa da nadir değildir. Erkeklerde, sertleşme bozukluğu ya da geç boşalma ile birlikteliği sık görülür (37).

Dikkat çekici bir bilgi de, panik bozukluk ve sosyal fobide cinsel işlev bozukluğunun değerlendirildiği bir çalışmada, erkek ve kadınlarda en sık cinsel işlev bozukluğunun panik bozuklukta CTB (sırasıyla %37- 50), sosyal fobide ise erken boşalma olduğu (%47) bulunmuştur (30). İlginç olan panik bozukluk hastalarının çoğunda cinsel ilişki esnasında panik atak öyküsünün çoğu hastada olmamasına rağmen CTB sıklığındaki yüksekliktir(20).

2.2.7. Cinsel uyarılma bozuklukları:

Sertleşme Bozukluğu (SB):

DSM-IV-TR 'de sertleşme bozukluğu, kişinin cinsel ilişkiyi tamamlamaya yetecek ereksiyonu başlatmasında ya da sürdürmesinde yetersizlik olarak tanımlanmış ve bu durumun kişi de belirgin bir sıkıntı oluşturması ya da kişiler arası alanda sorun teşkil eden niteliğine işaret

edilmiştir. Tanım açısından en önemli nokta, SB'nun tekrarlayıcı ve uzun süreli olmasıdır. Kinsey yaptığı araştırmada, 35 yaşındaki erkeklerde %2- 4 oranında, 80 yaş kesitinde bu oranın %80 düzeyinde olduğunu tespit etmiştir (46). Tüm erişkin erkek popülasyonunun %10-20'sinde görülebilmekle birlikte, bu oran 60 yaşın üzerinde belirgin olarak artmaktadır. 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 (4).

Uyarılma fazındaki bozulmanın ifade edilmesinde impotansa nazaran "sertleşme bozukluğu" daha uygun bir tanımlama olarak kabul edilmektedir. Bu terim, hem kişisel aşağılama içermemekte hem de impotans teriminin erkeğin cinsel istek, uyarılma ve boşalma işlevlerinden birini ya da tamamının bozulduğunu tanımlayan geniş ve belirsiz tanımından daha uygun görülmektedir (92).

Erkeklerde SB organik, psikolojik ya da her iki nedenden kaynaklanabilir. Bu nedenleri ayırt etmek amacıyla iyi bir cinsel öykü ve anamnez alınması ve gerekli görüldüğü takdirde diğer tıp branşları ile işbirliği önem taşımaktadır.. Ancak cinsel sorunları birbirine karşıt iki gruba ayırmak (psikolojik, organik, primer, sekonder vs.) çoğu kez hatalı bir tutumdur (32). Yapılan çalışmalar yaştan bağımsız olarak irdelendiğinde sertleşme sorunu olanların üçte ikisinin psikolojik kökenli olduğunu göstermektedir (52).

İlişkide yaşanan SB olumsuz bir şekilde bir sonraki ilişkiye anksiyete olarak yansıyabilir. Oluşan performans anksiyetesi, erotik olmayan ipuçlarına ve performansla ilgili durumlara seçici dikkati artırıp işlev bozukluğunun süregenliğini sağlar (8,35).

2.2.8. Erkeklerde orgazm bozukluğu:

Anorgazmi (inhibe erkek orgazmı):

Normal bir cinsel uyarılma dönemini izleyerek inatçı ve tekrarlayıcı biçimde orgazmın gecikmesi ya da olmaması anlamına gelir. Klinisyen, orgazm gecikmesini değerlendirirken danışanın yaşını ve yeterli bir cinsel uyarılmanın olup olmadığını gözönüne almalıdır. Yine bu tanı konulmadan

önce diğer eksen I bozukluklarının ve organik etkenlerin (ilaç v.s.) 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. Erkekteki CİB arasında daha nadir görülen bir bozukluktur(23).

Geç boşalma (GB) :

Erkeğin koitus sırasında çok zor ejakülasyon yaşamasıdır. Orgazm ile ejakülasyonun birbirinden ayrılması gerektiğini, orgazmın kişinin öznel duyumu ile ilişkili olduğunu, ejakülasyonun ise fizyolojik bir bileşen olduğunu öne sürülmektedir(38). Orgazmik anhedoni ejakülasyonun gerçekleştiği ancak kişide doyumla nitelenebilecek olan orgazmın gerçekleşmediği görüşüne dayanan bir kavramdır. EB ve SB' na göre nadir gözlenen bu bozukluğun genel prevalansının %1-4 olduğu bildirilmiştir. Yaşlılık, depresyon, cerrahi ameliyatlar sonrası ve SSRI kullanımı etyolojide büyük yer tutar. Depresyonu olan ve herhangi bir nedenle SSRI kullananların % 25' inde saptanmaktadır. Sıklıkla istek azlığıyla beraberdir (66). Genellikle aşırı kontrollü ve kendini cinselliğe bırakmakta güçlük çeken ve partnerine hostile duyguları yaşayan erkeklerde görülen bir bozukluktur. Ancak boşalmanın hiç olmaması çoğu kez organik bir patolojiye işaret eder ve ilaç kullanımı dikkate alınmalıdır. Retrograd ejakülasyonda orgazm duyumu alınmakta ancak penisten dışarıya bir ejakülat atılmamaktadır. Bu tür durumlarda ejakülat mesane içine atıldığından seminal sıvı içermesi nedeniyle idrarın bulanık gelmesi tanıda değerli bir bulgudur. Cinsel fonksiyon bozuklukları merkezlerine yapılan başvurular arasında en az görüleni geç boşalmadır.

Erken Boşalma (EB):

Erken boşalma erkekte en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olup genel popülasyonda prevalansı % 4- 37 civarındadır (36). Avrupada 12 bin erkek bireyde yapılan bir çalışmada prevalans %22.7 bulunmuştur (65). İngiltere'de EB üzerinde yapılan başka bir çalışmada EB yaygınlığı %14 olarak bulunurken bunlardan %64'nün doktora başvurmak istemesine rağmen sadece % 6'sının doktora başvurduğu bildirilmektedir. EB' nın

boşalma süresiyle ilgili belirgin bir standartı yoktur ve partner tarafından yanlışlıkla bencil bir davranış olarak algılanmaktadır. Kişilerin partnerdeki etkilerini azaltmak ve telafi etmek amacıyla partnerini elle veya cinsel objelerle uyarma yoluna gitmeleri, kendilerindeki erken boşalmayı inkâr etmelerinin göstergesi olarak kabul edilmektedir (67).

EB'nin istek azlığı, anorgazmi ve sertleşme bozukluğu ile birlikteliği saptanmıştır. American Psychiatric Association'ın (DSM-IV-TR) tanımı ve International Classification of Diseases (ICD- 10) tanımlarında üç komponent dikkati çekmektedir; a) Boşalma süresinin kısa oluşu, b) Boşalma üzerine kontrolün sağlanamaması ve c) Cinsel tatminin sağlanamamasıdır (78).

Penisin vajene girmesiyle boşalma arasındaki sürenin (IELT) normali, tanımlanmamış olup bu süreyle ilgili verilen rakamlar ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Örneğin Alman erkeklerinde 6,9 dakika olan bu süre İtalyanlarda 9,6 dakika, Fransızlarda 9,3 dakika, Amerikalılarda ise 13,6 dakikaya ulaşmaktadır (88).

Klinisyen bu tanıyı koymadan önce yaş, cinsel birleşme sıklığı, partner özellikleri, anorgazmi, ön sevişme süresi ve ortamın uyarıcılığı gibi etkenleri gözönüne almalıdır. En iyi ölçüt cinsel birleşmenin her iki eş için tatmin edici olup olmadığının sorgulanmasıdır. 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 olacağı düşünülmektedir (83).

Toplumda en sık görülen CIB olmasına karşın, cinsel işlev bozuklukları tedavi merkezlerine başvurular arasında sertleşme problemlerinden sonra ikinci sıradadır. EB'nin SB ile birlikteliği sık olup bu olgularda başvurular, çoğu kez SB yönünden yardım almak amacıyla yapılmakta ancak incelendiğinde temel sorunun erken veya denetimsiz boşalma olduğu saptanmaktadır (89).

İlk cinsel deneyimlerini fahişelerle yaşayan ve cinselliğin çabuk yaşanması gerektiğini öğrenen erkeklerde, ilk cinsel deneyimlerini suçluluk duyabileceği ortamlarda yaşayan erkeklerde EB konusunda bir olumsuz

koşullanma olabilmektedir (34). Çoğu kez hızlı yapılmış masturbasyon öyküsü vardır. Parayla cinsel doyum arayışı daha yaygın olup daha az korunma yöntemine başvurlar. Yaş açısından farklılık bulunmayan çalışmalar olduğu gibi yaşla azaldığını saptayanlar da vardır. Çoğu erkek daha sonraları boşalma süresi üzerinde bir kontrol geliştirse de evlilik esnasında da süregenleşebilir(65). EB sorunu yaşayan erkeklerin partnerlerinde ikincil bir sorun olarak cinsel ilgi ve istek azalması ya da orgazm bozukluklarının ortaya çıkması şaşırtıcı değildir (84).

EB'ya bağlı kendine güvensizlik %68, anksiyete %36 oranında bulunmuştur. Anksiyeteye bağlı EB yerine, EB sonucu anksiyete tanımı daha çok kabul görmektedir. EB' ya bağlı depresyon da ortaya çıkabilmektedir (74). Geniş örneklemlili bir çalışmada EB' sı olan bireylerde üç kat daha fazla anksiyete ve depresyon, istek azlığı ve sertleşme bozukluğu, dört kat daha fazla orgazm problemleri saptanmıştır (65). Sosyal fobi ile EB arasında ilişki tespit edilmiş olup EB' sı olan vakalarda %47 oranında, kontrol vakalarında ise %9 oranında sosyal fobi saptanmıştır (18). Her iki durumunda tedavisinde SSRI' nin etkililiği, patolojinin benzer biyolojiden kaynaklanıyor olabileceğini düşündürmektedir.

İlk cinsel ilişkiden itibaren devam eden erken boşalma birincil olarak değerlendirilirse bu grubun daha fazla psikiyatrik rahatsızlığı olduğu ve masturbasyon sonrası suçluluk duygusunun daha fazla olduğu, ikincil gelişenlerde yandaş hadisenin tedavisiyle geri döndürülmesinin asıl hedef olması gerektiği, özellikle yaşlılarda SB'na eşlik edebileceği belirtilmektedir. İkincil EB'nın prognozu daha iyidir ve erken boşalması olan bireyi değerlendirme esnasında eşinde anorgazmi gibi CİB olup olmadığı analizini iyi yapmak gerekir (34).

EB ile ilgili teoriler olarak; penis hipersensitivitesi, aşırı duyarlı ejakülasyon refleksi, genetik predispozisyon ve santral 5-HT reseptör duyarlılığı sayılabilir. (55,83).

Nedensel karmaşa ayrıntılı biyolojik araştırmaların sonuçlarıyla pekişmektedir. Erken boşalması olan bireylerde sinir iletim, latans ve hormonal açıdan farklılık saptanmıştır. Bir teori bu erkeklerin genital

organlarında aşırı duyarlılık olduğu ve sempatik yolaklarda down-regulasyonun yapılamadığıdır (68). Evrimsel açıdan bakıldığında da hızlı çifleşen bireylerin daha fazla hayatta kaldığı göz ardı edilmemelidir.

Yakın dönemde yapılan araştırmalar EB'nın gözlemlendiği erkeklerin bir alt grubunda bu durumun nörobiyolojik nedenlerden kaynaklanabileceğini, bu kişilerin yapısal olarak sempatik uyarılara daha duyarlı olduklarını ve bulbokavernöz refleks latanslarının daha kısa olduğunu ortaya koymaktadırlar (56). Olumsuz kültürel koşullar, kişinin özellikle ilk cinsel deneyimini yaşadığı ortam, partneri ile yaşadığı ilişkiye dair sorunlar ve bu nörobiyolojik zeminin getirisi bağlamında bu bozukluk birden çok faktör çerçevesinde değerlendirilebilmektedir. Sonuç olarak EB' sı olan kişi, kendisini boşalma üzerinde kontrolü olmayan bir kişi olarak görmekte ve bu olay kişide önemli gerginliğe yol açmaktadır. Bu olay kişinin birçok alandaki ilişkilerini etkilemekte, getirdiği yük sadece kendisiyle sınırlı kalmamakta, partnerine de yansımaktadır (34). Hasta birey ve eşinde iki taraflı cinsel doyum konusu göz önüne alınmalıdır. Kişinin EB patofizyolojisinden haberdar olmaması tanı ve tedavide engel teşkil etmektedir ve tedavisine başlanmasını geciktirmektedir.

2.3. Anksiyete ve cinsel işlevler

Çoğu klinisyen ve araştırmacı, cinsellik ve anksiyetenin farklı kutuplarda yer aldığını düşünseler de, bağlantının belirginliği açısından kuşku taşımazlar. Cinsel dürtülerin anksiyete yarattığı düşünülürken, anksiyetenin de hem insan hem de hayvanda cinsel uyarılmayı kısmi de olsa artırdığı saptanmıştır. Deneysel ortamlarda oluşturulan yapay anksiyete cinsel isteği artırmaktadır. Ancak anksiyete, CIB olan bireylerde paradoksal etki göstererek cinsel yanıtta azalmaya yol açmaktadır (7).

Cinsel uyarılma bilişsel olarak olumlu kontrol duyumuna neden olur ve erotik uyarıya olan dikkati artırır ve fizyolojik olarak uyarılmaya neden olur. Cinsel işlev bozukluğu bulunan kişilerde ise yetersizliğin oluşturduğu olumsuz biliş, kişinin cinsel performansına ve erotik olmayan uyarılara odaklanmasına yol açarak cinsel işlevi olumsuz etkiler. Bu tartışmalardan

yola çıkarak cinsel işlevler ve anksiyete arasındaki ilişkinin çelişkili birlikteliği içinde barındıran bir nitelik taşıdığı öne sürülebilir (8).

Bilindiği üzere tehdit algısının abartılı idrakiyle anksiyete ve seçici dikkat artmaktadır. Marcel von den Hout'un yaptığı bir çalışma, seçici dikkat ile anksiyete arasındaki diyalektiği sorgulamış sonuç olarak seçici dikkatin varlığının anksiyeteye yakınlığın belirteci olduğu bu nedenle dikkatin dağıtılmasının performans anksiyetesini azaltabileceği yorumunda bulunmuştur. Gerek CİB gerekse de anksiyete bozukluğunun bilgi işleme süreçlerinin benzer olduğu vurgulanmıştır (8).

Anksiyete bozuklukların alt tiplerindeki cinsel işlev bozukluğu araştırmaları, sınıflandırmaya ikincil olarak başlamış olup son yıllarda artış eğilimindedir. Bazı klinisyenler DSM-IV-TR tanı kriterlerinden olan başka bir psikiyatrik bozukluğa ikincil olmama koşuluyla CIB tanısı konulması koşulunu eleştirmekte, bu durumun araştırma süreçlerini sekteye uğrattığını düşünmektedirler. Birincil CİB' nun ve çoklu nedenselliğin klinisyenin gözünden kaçmaması için böyle bir uygulamanın zorunluluğu hesaba katılırsa bu konuda taraf tutmanın güçlüğü anlaşılabacaktır.

Panik ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarını değerlendiren çalışmalar benzer sonuçlar vermekte, hem kadın hem de erkek hastalarda cinsel ilişki sıklığı'nın az olduğu, obsesif kompulsif bozuklukta hem kadınların hem de erkeklerinin cinsel işlevlerinin panik bozukluğa oranla daha olumsuz etkilendiği, kadınlarda anorgazminin daha sık bulunduğu, panik bozuklukta ise cinsel kaçınmaların daha yüksek olduğu saptanmıştır(1).

Sosyal fobi ile EB arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalardan elde edilen sonuçlar incelendiğinde EB problemi yaşayanların üçte ikisinde başta sosyal fobi olmak üzere eksen I psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Sosyal fobide EB oranının 2. 5 kat arttığı saptanmıştır. Sosyal fobinin risk faktörü olduğu, adrenerjik hiperaktivitenin her iki hastalıkta ortak patofizyolojik mekanizma olabileceği değerlendirilmiştir (18).

Posttravmatik stres bozukluğu ile ilgili çalışmalarda tüm aşamalarda işlev bozukluğu saptanmış, SSRI tedavisi alanlarda istek ve uyarılmada daha

fazla sorun olduğu bulunmuştur. Klinik açıdan dikkat çeken, öfke ve hostilite ile CİB arasında pozitif korelasyon saptanmasıdır (49).

YAB üzerine yürütölen tartışmalar, tanıda yaşanan güçlükler ve yüksek eş-hastalanım, bu konuyla ilgili yapılan çalışmaların sayısının sınırlı olmasına yol açmaktadır. 1996 yılında 61 erkek ve 92 kadından oluşan anksiyete bozukluğu hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, anksiyete grubunda kontrollere kıyasla daha sık cinsel işlev bozukluğu saptanmış, panik bozukluk ve sosyal fobide, YAB ' na göre CİB daha fazla bulunmuştur (89). Yine başka bir çalışmada CİA, YAB ' da daha fazla saptanırken panik bozukluk ve sosyal fobide istek azlığı saptanmamıştır(2).

Anksiyete, sertleşme bozukluğunda önemli rol oynamaktadır (82). Anksiyete inhibe erektile cevapla ilişkilidir ancak yaygınlaşmış kaygı uyarılmayı ve yanıtısalılığı artırabilir. Buradan sempatik aktivasyona yol açan anksiyete ile boşalma eşliğini regule eden sempatik yollar arasındaki bağlantı daha net anlaşılabilir. Erken boşalma sorunu olanlarda sertleşmenin oluşma süresinin normal bireylerle aynı olduğu, sertleşme niteliğinin daha düşük olduğu sonucuna varan çalışmalar vardır (11).

Anksiyete ve erken boşalma arasında ilişkiyi inceleyen çalışmalar irdelendiğinde, fizyopatolojik açıdan cinsel ilişki döngüsünde otonomik cevaplarda bireysel farklılığın önemli rolü olabileceğı, bilişsel açıdan ise aşırı uyarılmışlık , kontrol azlığı veya yokluğundan bahsedilmektedir(16). Pudental afferent sinirlerin uyarılmasına yanıt olarak erken boşalmada daha güçlü ve büyük olayla ilişkili potansiyel (evoked potential) oluşmakta, efferent yollarında ise kısa latanslar oluşmaktadır. Bazı çalışmalar ise erken boşalmada genital reseptör duyarlılığının çok az veya hiç rol oynamadığını saptamışlar. Dahası azalmış penil duyarlılığından bahsedenler bulunmaktadır. SB 'nun eşlik etmesinin boşalma süresini daha da kısalttığı saptanmıştır (67).

EB olan bireylerde cinsel uyarı sonrası uyarılmanın arttığı ve pik seviyesine ulaşma süresinin daha kısa olduğu düşünölmesine rağmen son çalışmalar normallerden fark olmadığı hatta azaldığından bahsetmektedir (81) . Uyarılma ile boşalma arasında bağlantı sorunundan bahsedilmektedir.

Normal döngüde parasempatik stimulasyonu sempatik aktivite takip eder. EB' da ise anksiyeteye bağlı sempatik aktivasyon daha önce oluşmakta veya parasempatik yollarla bağlantı problemleri olduğu yorumu yapılmaktadır (27).

EB fizyopatolojisinde rolü olan noradrenalin, serotonin, oksitoksin, GABA, nitrik oksit'in YAB oluşumu ve kliniğiyle ilişkisi düşünüldüğünde bu çalışmanın amacı daha net anlaşılabilir (24). Ancak amacımız nedensellikten ziyade bağlantısalılığı araştırmaktır.

4. Depresif bozukluk (DB) ve cinsel işlevler

Psikiyatrik bozuklukların cinsel işlevselliği etkilediği, depresyon ile istek azalması, sertleşme bozukluğu ve anorgazmi birlikteliği bilinmektedir. Özellikle depresif bozukluklarda, isteksizlik ve haz alamayışın bir parçası olarak cinsel işlev alanı da etkilenmektedir (12). Depresyonun major semptomu libido azalmasını da kapsayan anhedonidir. Bu nedenle DB birlikteliği olan CİB' nun gerçek nedenini saptamak zordur.

Hastalar sorgulanmadıkça cinsel işlev kaybını mitler ve sosyokültürel öğelerden dolayı kendiliğinden bildirmeme eğilimindedirler. Çalışmalar, hasta bildirimli cinsel işlev bozuklukları oranlarının sorgulanma ile üç kata yakın arttığını göstermektedir.

591 hastanın 15 yıl takip edildiği bir çalışmada, ilaçlı depresyon vakalarının %63 'ünde, ilaçsız depresyonun %45' inde, normal bireylerin %25 'inde CİB saptanmıştır (26). İlaçsız depresif erkeklerin %40' ında cinsel istek azlığı saptanmış, uyarılma alanının orgazm ve boşalma alanına göre daha sıklıkla etkilendiği, semptom oluşumunun depresyon şiddetiyle ilişkisi olmadığı saptanmıştır (44).

40- 60 yaş arası anksiyete ve depresyonun bağlantısallığını araştıran bir başka çalışmada, kontrol grubuna kıyasla her bir yalın psikopatolojinin CİB'nu iki kat, eş-hastalanım durumlarının başta SB olmak üzere CİB sıklığını üç kat artırdığını saptamışlar (63).

Psikiyatrik hastalıklarla cinselliğin 3700 hasta grubunda araştırıldığı çalışmanın sonuçları bir gerçeğe vurgu yapmıştır. Bu çalışmada CİB

sıklığının %17, evli erkeklerde CİB oranının üç kat fazla olduğu bulunmuştur. Şiddet ile CİB arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Sonuçların son bir ayı değerlendirdiği için düşük çıkmış olabileceği, evli olmayanların belki de problemlerinin farkına varmadığı yorumunda bulunulmuştur. Süre konusundaki standartizasyonun önemli olduğu daha net anlaşılmaktadır (63).

Cinsel problemler, reziduel depresyonun önemli semptom komponentlerindendir. İstek, uyarılma ve orgazm ile ilgili sorunlar önceki epizodların sayısı ilişkili bulunmuştur(79). Diyalektik anlamda ilişkiyi sorgulayan GATA Psikiyatri CİB biriminde yapılmış olan tez çalışmasında, 80 kişiden oluşan iki ayrı grup değerlendirilmiş, CİB ve depresif bozuklukta cinselliğin yaşanma şeklinin ve işlev kaybının örtüşen noktalarının bulunduğu, bu nedenle cinsel işlev bozukluğunun değerlendirilmesinde artık depresif yakınma ve bulgularının irdelenmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (39).

Psikiyatride cinsellikle ilgili yanlış tutumlar, depresyon hastalarının cinsel işlevlerini önemsemediği ve remisyondaki hastaların, CİB' na rağmen tedaviye devam ettiğiidir. GB gerek depresyonun gerekse herhangi bir tanıyla SSRI tedavisi alanların %25 'inde görülmektedir. Depresyon doğrudan nörobiyolojik etkimeyle geri dönüşlü sertleşme ve cinsel istek bozukluğu yapabildiği gibi aynı zamanda dolaylı olarak sosyal ve kişilerarası ilişkilerde azalmaya yol açarak ta cinsel alan üzerine olumsuz etkiler yapar (66).

Bir çalışmada SB tanısı alan bireyler ile eşlerinin kişilik özelliklerinin, cinsel doyum ve beden algılarının depresif bireylerle karşılaştırılarak araştırılması amaçlanmış, SB olanlar, genel anlamda nevrotik özellikler ve spesifik sorunlarının dışında, cinsel doyumsuzluk yönünden depresif erkeklerle benzeştiği bulunmuştur (25). Bununla birlikte, sertleşme sorununun depresif kişilik özelliklerine bağlı olarak gelişen bir durum mu olduğunu, yoksa sertleşme sorunu yaşandıktan sonra depresif belirtilerin mi tabloya eklendiğini ayırt etmek güçtür.

Cinsel işlev kaybının depresyonda birincil olup olmadığını araştıran başka bir çalışmada minör depresyonu ve SB olan 160 erkek hastaya sildenafil ve plasebo verilmiş. SB açısından sildenafil grubunda %83,

plasebo grubunda %17 oranında yanıt alınmıştır. İlginç olan her iki grupta da sertleşmesi normalize olan bireylerin depresif semptomlarında gerileme olmasıdır (28). Nedensellik açısından taraf tutmamanın gerektiği bu çalışmayla tekrar anlaşılmaktadır.

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı eş-hastalanımı olan ve olmayan yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış hastaların cinsel yaşam ve cinsel doyumlarını niteliksel ve niceliksel açıdan araştırmaktır. YAB önemli işlevsellik kaybına ve maliyete neden olan hastalıklardan olup morbidite, depresyon eş-hastalanımında artmaktadır. Günümüze kadar yapılan çalışmalar sınırlı olup çoğunda self-report ölçekler kullanılmıştır. Bu çalışma yaygın anksiyete ve depresif bozukluğun cinsel işlevler üzerine etkilerinin karşılaştırılmasını olanaklı kılacaktır.

Literatürdeki veriler incelendiğinde bu konu ile ilgili dört varsayım öne sürülebilir: i) YAB'da aceleciliğin cinsel eşdeğeri olduğu düşünülen erken boşalma sıklığı, ii) DB eş-hastalanımı olan bireylerde yalın YAB' na kıyasla istek ve uyarılma bozukluğu daha sıklığı, iii) Eş-hastalanım durumlarında cinsel işlev bozukluğu daha sık ve şiddetlidir, ivi) DB ile YAB' nun ayrı patoloji olduğu cinsellik açısından da doğrulanabilir.

Ülkemizde henüz anksiyete bozukluklarının özgül gruplarına yönelik cinsel işlev bozukluklarını karşılaştıran çalışma sayısı az olup çoğunlukla örneklemeler obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve sosyal fobi hasta gruplarından oluşmaktadır. Bu çalışmalarda eş-hastalanımdan ziyade ölçek düzeyinde depresif belirtilere bakılmış ancak eş-hastalanım açısından yorum yapılmamıştır. Bu çalışmada ise klinik tablo ön plana çıkarılmış olup belirgin retardasyonu olan ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı koymayı güçleştirecek major depresyon dışlanarak seçici davranılmıştır. Çalışmamız YAB olan hastaların cinsel işlev düzeylerinin ve bu hastalarda tedavi öncesi dönemde cinsel işlev bozukluklarının varlığı konusunda öncü bir nitelik taşıyacak olup kaygı ile elem arasında cinsellik açısından fark olup

olmadığını, cinselliği sorgulayarak bu ikili klinik tablo arasındaki benzerlik ve farklılıkları değerlendiren bir çalışma olacaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tez çalışması Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde yapılmıştır.

Genel Psikiyatri Polikliniği'ne Şubat 2008- Ağustos 2008 tarihleri arasında başvuran, 18-60 yaşları arasında, evli ve düzenli cinsel yaşamı olan, en az lise mezunu, klinik olarak YAB ön tanısı düşünülen ve herhangi bir psikotrop ilaç almayan hastalardan örneklem oluşturmuş olup tüm hastalara SCID-1 görüşmesi yapılmıştır. DB eş-hastalanım dışındaki diğer eksen-I tanıları alanlar çalışma dışı bırakılmıştır. En az iki psikiyatrist tarafından YAB tanısı konulan 60 hasta araştırmaya kabul edilmiştir. Çalışmaya katılan hastalar ayrıntılı bilgilendirilmiş ve onay yazısı alınmıştır. YAB saptanan hasta grubuna Hamilton Anksiyete, Hamilton Depresyon ölçekleri ve Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRISS) uygulanmıştır. DSM-IV tanı kriterlerinden 'C' kriteri ' Başka bir eksen I bozukluğu ile açıklanamaz' dışlanarak ölçek haricinde klinik cinsel işlev bozukluğu tanısı (DSM-IV-TR) konmuştur. 40 yaş üzeri SB saptanan iki olguya penil USG yapılmış, patoloji saptanmadığı için çalışmaya dahil edilmiştir. Karşılaştırma yalın YAB ile DB eş-hastalanımı olan YAB hasta grupları arasında hem klinik hem de ölçek bazında yapılmıştır.

DIŞLAMA ÖLÇÜTLERİ:

- 1) Kardiyovasküler, renal, ürolojik, hepatik, pulmoner, genetik, endokrin ve nörolojik hastalıklar ile nutrisyonel bozukluklar, entoksikasyonlar, operasyonlar ve diğer organik bozukluklar gibi cinsel yaşamı olumsuz etkilediği bilinen tıbbi durum varlığı,
- 2) Psikotik hastalık öyküsü ya da geçirilmiş epizod öyküsü, psikotik özellikli major depresyon,
- 3) 20 yaş altı veya 60 yaş üzerindeki bekar hastalar,

- 4) Belirgin alkol ya da psikoaktif madde kötüye kullanımı ve bağımlılığının varlığı,
- 5) SCID-1 görüşmesinde Major Depresyon ve YAB dışında başka psikiyatrik hastalık bulunması,
- 6) Cinsel işlevi etkilediği bilinen herhangi bir ilaç kullanan hastalar (cinsel işlev bozukluğu' na yol açma potansiyeli bulunan ilaçlar Tablo 2 'de sunulmuştur)
- 7) Klinik semptomlar öncesinde kronik nitelikte birincil cinsel işlev bozukluğu tanımlayanlar.

DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ :

1-Sosyodemografik veri formu:

Çalışmaya alınan bireylerin yaşı, öğrenim düzeyi, evlilik süresi, çocuk varlığı, hastalık süresi ve sigara tüketimi gibi değişkenlere yönelik soruları içermekte, görüşmeci tarafından muayene sırasında doldurulur.

2- DSM IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I):

1983 yılında Spitzer ve arkadaşları tarafından yapılandırılmış bir klinik tanı koyma aracı olarak geliştirilen SCID-I, karşılıklı görüşme ile DSM tanı ölçütlerine göre herhangi bir birinci eksen tanısının geçmişte ve/veya son 1 ay içinde olup olmadığının araştırılmasını sağlar. SCID-I' in en son versiyonunun, Türkiye için DSM-IV' e göre uyarlama ve klinik çalışmaları Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır.

3- Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Golombok Rust Inventory Of Sexual Satisfaction- GRISS):

Heteroseksüel bireyler için cinsel ilişkinin niteliği ve işlev kaybının şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Kadın ve erkek için ayrı formları mevcuttur. Cinsel doyumunu değerlendirmenin yanı sıra, sertleşme bozukluğu, erken boşalma, anorgazmi, vajinismus, cinsel ilişki sıklığı, iletişim, cinsel doyum, bedensel temas ve kaçınma alt testlerine ilişkin puanlar da elde edilebilmektedir (Rust 1983, 1985). Ham puanlar 1 ile 9 arasında

standart puanlara dönüştürülebilmekte, 5 ve üzerindeki puanlar cinsel soruna işaret etmektedir. Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış (Gülçat 1995, Tuğrul ve ark. 1993) olup ek bölümünde sunulmuştur.

5- Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği:

Klinisyen tarafından uygulanan bu ölçek hastada depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektedir. Yapılandırılmış sorulardan oluşmaktadır ve her bir soruda 0-4 arası puanlama yapılır. 16 puan ve üzeri depresyon olarak değerlendirilir. Hamilton ve Williams (1978) tarafından geliştirilen ölçek Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır.

6- Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği:

Anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek amacıyla uygulanan ölçek hem somatik hem de psişik belirtileri sorgulayan altboyutları da kapsayan toplam 14 soru içermektedir. Beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddeden elde edilen puanların toplamı ile toplam puan elde edilir. Türkçe formu geçerlik ve güvenirlik çalışması Yazıcı ve ark.(1998) tarafından yapılmıştır.

DEĞERLENDİRME VE İSTATİSTİKSEL ANALİZ:

İstatistiksel açıdan verilerin değerlendirilmesinde *SPSS for Windows 15.0* istatistik paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri sayı ve yüzde olarak gösterilmiştir. YAB. ve YAB + DB gruplarının cinsel tanı ile GRİSS alt ölçekleri arasında ve katılımcıların sosyodemografik özelliklerinden olan çocuk sayısı, sigara, evlilik süresi, hastalık süreleri ile cinsel tanı ve GRİSS alt ölçekleri arasındaki ilişkilerinin istatistiksel olarak anlamlılıkları için bağımsız gruplarda Ki-Kare testi kullanılmıştır. Tüm sonuçların değerlendirilmesinde istatistiksel anlamlılık için $P < 0.05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR

Örneklem 22- 62 yaş aralığında (median değer 36) olan tedavi almayan 60 evli erkek hastadan oluşmaktadır. 40 yaş ve üzeri 9 olgu saptandı. Olgulardan 41 kişi yalın YAB, 19 kişi ise DB eş-hastalanımı olan YAB tanısı aldı.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri olarak alınan evlilik süresinde katılımcıların %45'i on yıl üzerinde evli, hastalık süresi yönünden %46,7 si iki-beş yıl arasındaydı. Öğrenim süresi olarak %88,3'ü lise mezunu ve %68,3'ü sigara kullanmaktaydı (Tablo 3).

Tablo- 3. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri (Ankara 2008).

		Sayı	Yüzde
Evlilik süresi	0-5 yıl	21	%35
	6-10 yıl	12	%20
	10 yıl üzeri	27	%45
Hastalık süresi	0-1 yıl	21	%35
	2-5 yıl arası	28	%46.7
	5 yıl üzeri	11	%18.3
Öğrenim düzeyi	Lise	50	%88.3
	Üniversite	10	%16.7
Sigara	var	41	%68.3
	yok	19	%31.7

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile klinik tanıları arasındaki istatistiksel ilişkiye Ki-Kare testi ile bakılmış ve anlamlılık bulunmamıştır.

Katılımcıların sigara kullanımı ile GRISS sıklık alt ölçeği arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Cinsel ilişki sıklığının sigara içenlerde azalması istatistiksel olarak anlamlı olup diğer GRISS alt ölçekleri ve klinik gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4).

Tablo- 4. Çalışmaya Katılanların Sigara Kullanma Durumlarının, GRISS Sıklık Alt Ölçeği İle Karşılaştırılması (Ankara, 2008).

GRISS Sıklık Alt Ölçeği		Sigara içmiyor	Sigara İçiyor	P
	Normal	15	20	
	Anormal (5 puan ve üzeri)	4 (%16)	21 (%84)	

Tablo- 5 de klinik olarak CİB saptanmayan grubun hastalık süresinin 5 yıl ve altında saptanması istatistiksel olarak anlamlıdır.

Evlilik süresi ve çocuk sayısı ile klinik tanımlar ve GRISS alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo- 5. YAB hastalık süresi ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişki

CİB işlev bzk. (DSM-IV)	1 yıl altında	1- 5 yıl arası	5 yıl üzeri	toplam	P
CİA	8	5	5	18	
EB	3	14	7	24	
GB	1	1	0	2	
SB	3	3	3	8	
CTB	0	0	2	2	
CİB olmayan	9	9	1	19	

Tablo- 6. Hastalık ile DSM- IV tanı kriterlerini karşılayan CİB birlikteliği

DSM-IV CİB tanısı	YAB(41)	YAB+ DB(19)	Total puan	P
Cinsel istek azlığı (CİA)	2 (% 4.9)	6 (%31.6)	8 (%13.3)	0.01
Erken boşalma (EB)	18 (%43.9)	1 (%5.3)	19(%31.7)	
Sertleşme bzk. (SB)	0	1 (%5.3)	1 (%1.7)	
Geç boşalma (GB)	0	1 (%5.3)	1 (%1.7)	
CİA + EB + SB	0	1 (%5.3)	1 (%1.7)	
CİA + SB+ CTB	1 (%2.4)	0	1 (%1.7)	
SB + EB	2 (%4.9)	0	2 (%3.3)	
CİA + EB	2 (%4.9)	0	2 (%3.3)	
CİA + SB	0	4 (%21.1)	4 (%6.7)	
CIA + CTB	0	1 (% 5.3)	1 (%1.7)	
CİA + GB	0	1 (%5.3)	1 (%1.7)	
CİB olmayan	16 (%39.0)	3 (%15.8)	19 %31.7)	

**Tablo- 7. Hastalık ile DSM-IV tanı kriterlerini karşılayan CİB birlikteliği
(genel toplam)**

CİB	YAB	YAB + DB	TOPLAM	P
CİA	5/41*	13/19*	18/60*	0.01
EB	22 /41*	2/19*	24/60*	
GB	0*	2/19*	2/60*	
SB	3/41*	6/19*	9/60*	
CTB	1/41*	1/19*	2/60*	

*İşlev bozukluğu olgu sayısının toplam olgu sayısına oranı

DSM-IV-TR tanı kriterlerini karşılayan cinsel işlev bozukluğu tanı oranları her iki hastalıkta karşılaştırılmıştır. YAB hastalarının %61 'i cinsel işlev bozukluğu tanısı alırken bunların büyük bölümünü erken boşalma

oluşturmaktadır. Eş-hastalanım hastalarının %74.2' si CIB tanısı alırken bunların çoğunluğunu CIA ve SB oluşturmaktadır(Tablo 6 ve 7).

CIA ise 41 yalın YAB hastasının 5 'inde (%12.2) saptanırken, 19 depresif bozukluk eş-hastalanımı olan YAB hastasının 13 'ünde (%68.4) saptanmıştır($p<0.05$) .

EB ve SB oranları arasında da istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler bulunmuştur. Yalın YAB olgularının yarısında, depresyon eş-hastalanım olgularının sadece ikisinde (%10. 6) erken boşalma tespit edilmiştir (Tablo 6 ve 7).

Zıt olarak SB, yalın YAB grubunda yalnızca üç hastada (%7.3) saptanırken, 19 depresyon hastasının altısında (%31.6) teşhis edilmiştir. Bu altı hastanın dördüne CIA eşlik etmektedir. CTB her iki grupta birer olgu olup farklılık arzetmemekte, CIA' na eşlik etmektedir (Tablo 6 ve 7).

Depresif eşhastalanım grubunda iki hastada GB tespit edilmiş olup oranlar önceki çalışmalarla uyumludur (Tablo 6 ve 7).

Tablo- 8 - Hastalık ile GRISS alt ölçeklerin ilişkisi (5 puan kesme değeridir.)

GRISS ALT ÖLÇEKLERİ	5 puan ve üzeri	YAB	YAB+DB	TOPLAM	P
Sıklık	normal	28	7		0.022*
	anormal	13(%31.7)	12 (%63.2)	25 (%41.7)	
İletişim	normal	26	7		0.054
	anormal	15(%36.6)	12 (%63.2)	27 (%45)	
Doyum	normal	31	10		0.079
	anormal	10(%24.4)	9 (%47.4)	19 (%31.7)	
Kaçınma	normal	30	10		0.202
	anormal	11(%26.8)	9 (%47.4)	20 (%33.3)	
Dokunma	normal	28	4		0.02*
	anormal	13(%31.7)	15 (%78.9)	28 (%46.7)	
Sert. Bzk.	normal	23	5		0.029*
	anormal	18(%43.9)	14 (%73.7)	32 (%53.3)	
E.B.	normal	11	9		0.121
	anormal	30 (%73)	10 (%52. 6)	40 (%66)	
Dön. T.Puan	normal	10	0		0.04*
	anormal	31(%68.3)	19 (%100)	50 (%83.3)	

*İstatistiksel olarak anlamlıdır.(p<0.05)

Örneklemede GRISS puanlarından 5 puan ve yukarısında alanların sayısı ve yüzdeleri görülmektedir. Bu dağılıma göre depresif bozukluk eş-

hastalanımı olan grubun %100' ünde GRISS toplam puan, sırasıyla GRISS dokunma (%78.9), GRISS sertleşme (%73.7) ve GRISS sıklık ve iletişim (%63.2) alt ölçeklerindeki yükselme izlemektedir. Yalın YAB' nda en fazla EB alt ölçeğinde yükselme saptanmıştır (Tablo- 8).

GRISS sıklık, dokunma, sertleşme bozukluğu alt ölçekleri ve dönüştürülmüş toplam puan açısından iki grup arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Tablo- 8)

GRISS iletişim, kaçınma ve erken boşalma alt ölçekleri açısından çalışılan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamakla beraber depresif bozukluk eş-hastalanım grubunda tüm parametrelerin yalın YAB grubuna kıyasla yüksek bulunması kayda değerdir. Bu nedenle DSM-IV tanı kriterlerini karşılayan CİB oranları ile GRISS alt ölçeklerinin uyumlu olduğu söylenebilir (Tablo- 8).

GRISS erken boşalma alt ölçeğinin DSM- IV tanı kriterlerini karşılayan erken boşalma tanı oranları ile uyumsuzluğu dikkat çekicidir. Depresif bozukluk eş-hastalanımı olan YAB olgularında ölçek bazında erken boşalmada oranındaki yükseklik nedeniyle yalın YAB ile karşılaştırmada anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo- 8).

GRİSS erken boşalma alt ölçek kesme puanı 7 ve üzerine dönüştürüldüğünde ise DB eş-hastalanımı olan grupta 4/ 21 (%21. 1) oranı elde edilmiş, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu sonuçlara bakıldığında ölçek ile DSM- IV tanı kriterleri arasındaki çelişki, erken boşalma kesme puanının 7 ve üzerine çıkartılmasıyla ortadan kalkmış görünmektedir (Tablo 9 ve 10).

Tablo- 9 - GRİSS erken boşalma alt ölçeğinden 5 puan ve üzeri puan alanların klinik tanı ile ilişkisi

	GRİSS puanı	YAB	YAB + DB	P
Erken boşalma	5 puan altı	11	9	0.121
	5 ve üzeri	30	10	

Tablo- 10 - GRİSS erken boşalma alt ölçeğinden 7 puan ve üzeri alanların klinik tanı ile ilişkisi

	GRİSS puanı	YAB	YAB+ DB	P
Erken boşalma	7 puan altı	18	15	0.009
	7 ve üzeri	23(%56.1)	4(%21.1)	

Yalın YAB grubunda GRISS sertleşme bozukluğu alt ölçeklerinden 7 ve üzeri puan alan hasta bulunmamaktadır. Bu nedenle istatistiksel çalışma yapılmamıştır (Tablo 11 ve 12).

Tablo -11. GRISS sertleşme bozukluğu alt ölçeğinden 5 puan ve üzeri alanların klinik tanı ile ilişkisi

	GRISS puanı	YAB	YAB+ DB		P
Sertleşme bozukluğu	5 puan altı	23	5	28	0.029
	5 puan üzeri	18	14	32	

Tablo- 12. GRISS sertleşme bozukluğu alt ölçeğinden 7 puan ve üzeri alanların klinik tanı ile ilişkisi

	GRISS puanı	YAB	YAB+ DB	Toplam
Sertleşme bozukluğu	5- 7 puan	18	11	29
	7 ve üzeri	0	3	3

Hamilton Anksiyete skoru 30 puan kesme değeri alındığında olguların %55 ' inin 30 puan ve üzerinde olduğu saptanmıştır. GRISS erken boşalma alt ölçeği ile anksiyete şiddeti arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Diğer GRISS alt ölçekleri ile anksiyete şiddeti arasında korelasyon saptanmamıştır (Tablo 13).

Tablo- 13. Hamilton anksiyete skorları ile GRISS erken boşalma alt ölçeği arasında ilişki (5 puan ve üzeri)

		30 puan altı	30 ve üzeri		P
Erken boşalma	normal	13	7	20	0.027
	anormal	14	26	40	

Tablo- 14. Hamilton depresyon skorları ile GRISS alt ölçekler arasındaki ilişki

GRISS ALT ÖLÇEK	5 puan ve üzeri	14- 27 puan Hafif depresyon	28 ve üzeri Orta ve ağır depresyon	P
Sıklık	normal	6	2	0.202
	anormal	7	10	
İletişim	normal	6	4	0.68
	anormal	7	8	
Doyum	normal	11	4	0.015*
	anormal	2	8	
Kaçınma	normal	11	4	0.015*
	anormal	2	8	
Dokunma	normal	7	2	0.097
	anormal	6	10	
SB	normal	6	1	0.073
	anormal	7	11	
EB	normal	7	4	0.302
	anormal	6	8	
Dön. T.Puan	normal	1	0	0.52
	anormal	12	12	

* İstatistiksel olarak anlamlıdır.($p<0.05$)

Depresif bozukluk şiddeti ile GRISS alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık GRISS dokunma ve kaçınma alt ölçeklerinde saptanmış diğer parametrelerde anlamlılık saptanmamıştır (Tablo 14).

TARTIŞMA

Bin haz, bir acı değerinde değildir.

Petrarca

Varoluşsal kuramın öncü filozoflarından Soren Kierkegaard bireyleri, yaşama dair tutum ve bakış açıları bakımından hazcı, ahlakçı ve varoluşcu olmak üzere üçe ayırmıştır. Kesin sınır çizgileri belirlenmeden yapılan bu formasyonda birey, her gruptan kalıntılar taşısa da genelde bu üç alandan birine daha yatkın ve yakındır. (85). Bu çalışmanın hipotezi bu temelde şekillendirilmiş, kaygının haz ile, melankolinin ahlakla bağlantısalılığı olduğu düşünülerek anksiyete bozukluğu ve depresif eş- hastalanımında cinsel alan incelenmiştir.

Temel hipotez melankolinin istek ile ters ilişkili olduğu, kaygının ise hazcı tutum nedeniyle önceki çalışmalara zıt olarak istek ile ilişkisiz ya da olumlu ilişki içinde olduğudur. İstek artışı ile anksiyete arasındaki ilişkiyi irdeleyen öncü çalışmalar kaygının ve heyecan veren durumların normal bireylerde cinsel isteği artırdığını göstermektedir. Patolojik durumlarda saptanan paradoksal ilişki istek ile ilgili olmayıp diğer CİB larını kapsamaktadır.

Self-report ölçeklerle 919 erkekte yapılan bir çalışmada elemli olduklarında %51'inde istekte azalma, %12'sinde istekte artış, %23'ünde değişiklik olmadığı saptanırken kaygılı olduklarında %54'ünde istekte azalma, %9'unda değişiklik olmadığı, %23'ünde istek artışı olduğu saptanmıştır (6).

Psikiyatrik problemlerdeki paradoksal istek ve ilgi artışı; yakınlık kurma ihtiyacı, sakinleştirici etki ya da eksitasyon transferi olarak yorumlanabilir. Son çalışmalar duygudurum ve anksiyete ile cinsellik arasında tek düze bir ilişki olmadığını, cinsel takıntı davranışlarının da eş-hastalanım olduğunu göstermektedir(6).

Bu çalışmada ise depresyon ve anksiyete, klinik değerlendirme sonrası şiddet ve eş-hastalanım yönünden iki ayrı gruba ayrılmış, depresyon olarak değerlendirilebilecek yakınmaların, klinik bulgularla desteklenmesi zorunluluğu ortaya konulmuştur.

Örneklem 22- 62 yaş arası evli erkeklerden oluşmaktadır. 60 hastanın 41'inde Yalın YAB, 19'unda DB eş-hastalanımı olan YAB saptandı. Her ne kadar bazı olgular çalışma kriterlerini karşılamadığı gerekçesiyle çalışma dışı bırakılsa da depresif bozukluk eş-hastalanımı, klinik değerlendirme sonrası önceki çalışmalara kıyasla düşük oranda saptanmıştır.

Çoğu yorumcu depresif bozukluk eş-hastalanım olmadan YAB hastalarının tedavi arayışına girmediğini bu nedenle de eş-hastalanım oranlarının çalışmalarda yüksek olduğunu savunmaktadır (59). Örneklemdeki olguların belirli bir kısmının diğer kliniklerce konsulte edilen hastalar olması ve eğitim düzeylerinin yüksek olması nedeniyle eş-hastalanım oluşum süresi yapay olarak düşük saptanmış olabilir. Yine de bu sonuçlar örneklem sayısı düşük olsa da klinik tanının önemini göstermekte, ölçeklerin tanı maksadıyla kullanılmasının bizi yanlış yargı ve yorumlara sürükleyebileceğini göstermektedir.

YAB ile DB'un net olarak klinisyenlerce ve bilimsel araştırmacılarca ayırsallaştırılamamasının altında yatan nedenlerden birisinin de çalışmalarda tanı ve şiddet konusundaki standartizasyon eksikliği olabilir.

Sosyodemografik özellikler ile klinik tanıları arasında çalışmaya alınan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Sigara ile GRİSS sıklık alt ölçeği arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Cinsel ilişki sıklığının sigara içenlerde azalması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo- 4). Sigara ile diğer GRİSS alt ölçekleri ve klinik gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Ölçek bazında cinsel ilişki sıklığında sorunu saptanan bireylerin çoğunluğunun sigara içmesiyle ilgili olarak aşağıda bahsedilen çalışmadaki biyolojik varsayımlar öne sürülebilir. Ancak eksen I patoloji ile sigara içiminin pozitif korelasyonu da göz önünde bulundurulmalıdır.

Bir çalışmada sigara içenlerde HPA aks aktivasyonu olduğu için LH, FSH ve sağ testis hacminin arttığı, prolaktin ve TSH' un azaldığı, trigliseridin arttığı, HDL' nin ise azaldığı, Dopler USG de vazokonstruksiyona bağlı sistolik dinamik pik hızının arttığı saptanmıştır (17).

Bu çalışmada ise sertleşme bozukluğu ile bağlantısı olduğu düşünülen sigaranın GRISS sıklık alt ölçeği dışında sertleşme bozukluğu dahil diğer parametrelerle anlamlı ilişkisi bulunmamasının, örneklemdaki tiryaki sayısının az olması, organisitenin dışlanması, örneklemin genel anlamda niceliksel yetersizliği ve ayrıca genç yetişkinlik dönemindeki bireylerin olguların çoğunluğunu oluşturmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Evlilik süresi ve çocuk sayısı ile klinik tanılar ve GRISS alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

CİB saptanmayan grubun hastalık süresinin 5 yıl ve altında saptanması istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo- 5). Bu sonuç, organizite artışının dışında da fizyolojik yaşlılığın cinsellik üzerine etkisini değerlendiren önceki çalışmalarla ve klinik gözlemle uyumlu olsa da 40 yaş üzeri olgu sayısının azlığı düşünüldüğünde yersiz kabul edilebilir. Yalın YAB hastaları, kaygılarını kemikleşmiş kişilik örüntüsü olarak algılama eğiliminde olduklarından benzer durum ikincil CİB için de geçerli olabilir. Birey kaygısını ve bozulmuş cinselliğini, kişilik örüntüsünün doğal bir sonucu gibi algılayabilir.

Tablo 6 ve 7 de görüldüğü üzere klinik olarak YAB hastalarının %61 'inde, eş-hastalanım hastalarının %74. 2'sinde CİB saptanmıştır. Yalın YAB' da CIA nadiren görülmektedir. Olguların sadece beşinde cinsel istek bozukluğu saptanmıştır. Tablo 8 de görüldüğü gibi yalın YAB'da GRISS sıklık, iletişim, doyum ve kaçınma alt ölçeklerinde de problem görülme oranları düşük olup genel popülasyona benzerdir. Sonuçlar her ne kadar sağlıklı kontrol grubu olmasa da yalın YAB da istek fazında belirgin patoloji olmadığını düşündürmektedir.

Cinsel isteği normal olan depresif bireylerin tedaviye yanıtının düşük olduğu ve daha anksiyöz oldukları saptayan çalışmalar vardır (60). Bu sonuçlar göstermektedir ki patolojik ve fizyolojik anksiyete cinsel istek üzerine benzer etkilerde bulunabilmektedir. Cinsel isteği normal olan depresif bozukluk tanılı hastalarda, asıl patoloji kronisite eğilimi yüksek olan YAB olabilir. Bu nedenle depresif semptomatoloji ile bulgu arasındaki ayrıma özellikle dikkat edilerek tanı gözden geçirilmelidir.

Depresif bozukluk eş-hastalanımı olan grubun %100' ünde GRISS toplam puanı yükselme göstermekte, sırasıyla GRISS dokunma (%78.9), GRISS sertleşme (%73.7) ve GRISS sıklık ve iletişim (%63.2) alt ölçeklerinde artış dikkati çekmektedir. Depresif bozukluk eş-hastalanımı olan YAB' da cinsel işlev kaybı daha belirgindir. İstek ve uyarılma alanındaki işlevsellik kaybı yalın YAB'dan daha fazladır. Yalın YAB'da en fazla erken boşalma alt ölçeğinde yükselme saptanmıştır (Tablo 8).

GRISS sıklık, dokunma, sertleşme bozukluğu alt ölçekleri ve dönüştürülmüş toplam puan açısından iki grup arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. GRISS iletişim, kaçınma ve erken boşalma alt ölçekleri açısından çalışılan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamakla beraber depresif bozukluk eş-hastalanım grubunda tüm parametrelerin yalın YAB grubuna kıyasla yüksek bulunması kayda değerdir (Tablo- 8).

DB eş-hastalanımı olan hastalarda cinsel ilişki sıklığı daha az olup sertleşme ve dokunma alanındaki sorunlar daha fazladır. İletişim, kaçınma ve doyum açısından iki grup arasında fark saptanmamıştır. Sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırma yapılmasa da aynı yaş grubundaki normal popülasyona göre doyum, kaçınma ve iletişim alanındaki sorunsallığının eş-hastalanımda daha belirgin olduğu, yalın YAB' da ise bu cinsel alanlardaki patolojide ancak minimal artış olduğu söylenebilir. Genel olarak YAB olgularında istek alanı gibi iletişim ve doyum alanlarında da normaliteye yakınlık gözlenmektedir. Melankolinin eşlik etmesi istek başta olmak üzere tüm alt ölçeklerde patolojik değişikliklere yol açmaktadır.

DB eş-hastalanımda GRISS dokunma alt ölçeğinde yükselme %78. 9 iken, yalın YAB' nda %31.7 saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Erkek YAB hastalarında, dokunma alanında belirgin patoloji olmadığı görülmektedir (Tablo 8). Dokunma alanındaki problemler tıpkı istek azalması gibi anhedoni spektrumunda değerlendirilebilir yorumu abartılı olsa da yapılabilir.

Yalın YAB' da sertleşme bozukluğu yalnızca 3 olguda saptanmıştır (Tablo 7). GRISS sertleşme bozukluğu alt ölçeğinde 18 olgu kesme puanının

üzerindedir (Tablo 8). Ancak kesme puanı 7 ve üzerine yükseltildiğinde hiçbir olguda sertleşme sorunu saptanmamıştır (Tablo 12). DB eş-hastalanımda klinik olarak 6 olguda SB saptanmış olup GRISS kesme puanı 5 kabul edildiğinde 14 olguda, kesme puanı 7 ve üzerine yükseltildiğinde ise 3 vakada SB ile ilgili sorun saptanmıştır. Klinik ve ölçek bazında olarak DB ile SB birlikteliğinin anksiyeteye göre daha fazla olması klasik bilgiyle uyumludur. Ayrıca genel olarak olgulardaki SB oranlarının düşüklüğü, sosyal fobinin çalışmada dışlanması ve olguların evli yetişkin olmalarından dolayı daha az performans anksiyetesi yaşadıkları, dolayısıyla erotik olmayan stimuluslara olan dikkatin artmamasıyla ilişkilendirilebilir.

Klinik ile GRISS alt ölçekleri ile çelişkiler vardır. Bu uyumsuzluk, yalın YAB' da DSM-IV tanı kriterlerini karşılayan CIB ile GRISS erken boşalma ve sertleşme bozukluğu alt ölçeklerinde belirgindir. Erken boşalma açısından veriler incelendiğinde 41 yalın YAB olgusunun 22 sinde klinik olarak, 30' unda GRISS erken boşalma alt ölçeklerinde yükselme tespit edilmiştir. GRISS kesme puanı ve 7 ve üzerine yükseltildiğinde 30 olan erken boşalma sayısı 23 ' e düşmekte ve depresif bozukluk eş-hastalanım grubuyla istatistiksel anlamlılık arz etmektedir ($p<0.05$). Çünkü DB eş-hastalanım grubunda klinik olarak 2 olguda, GRISS kesme puanı 5 olduğunda 10 olguda, kesme puanı 7 ve üzerine yükseltildiğinde ise 4 vakada erken boşalmayla ilgili sorun saptanmıştır.

Anksiyete şiddeti ile GRISS erken boşalma alt ölçek puanlarındaki artış arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (Tablo 13). Diğer alt ölçekler ile anksiyete şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmaması ilginçtir. Anksiyete şiddetinden bağımsız şekilde de GRISS alt ölçeklerinde erken boşalma haricindekilerde yükselme belirgin olmadığından anlamlılık saptanmadığı düşünülmektedir.

YAB'da gözlenen mükemmeliyetçi yapılanma üzerine eklenmiş yaygın kaygısal rumimasyon, cinsellik alanında da devam etmekte, performans anksiyetesine yol açarak erken boşalmaya yol açmaktadır diye yorumlanabilir. Sempatik aktivite arttıkça, sempatik tonus ile parasempatik tonus arasındaki ilişki bozulmakta, parasempatik aktivite esnasında veya

öncesinde sempatik stimülasyonun artışı ile erken boşalmanın olduğu düşünülebilir.

DSM-IV tanı kriterlerinin cinsel işlev bozukluğu tanısında klinisyen açısından ölçeklere kıyasla daha anlamlı olduğu net olmakla birlikte bazı yazarlar tanı kriterlerindeki çelişki ve tutarsızlıklardan bahsetmektedir.

Bir yayında özet olarak şu eleştiriler yapılmıştır. DSM-IV-TR de keskin tanımlayıcı kriterler olmadığı, cinsel problemlerin ne zaman işlev bozukluğuna dönüştüğü, işlev bozukluğu süresinin tanımlanmadığı, yaygınlık konusunda veri öne sürme konusunda dikkatli olmak gerektiği ve işlev bozukluğunun sıkıntıya yol açıyor olması şartının sorgulanması gerektiği tarzındadır (5).

Uyum veya stres sonrası oluşan CİB'un süre tanımlamasıyla aşılabileceği, sıkıntıya yol açması kriterinin EB için geçerli olmayabileceği, belirli bir grubun evrimsel süreçte normal bir varyant olabileceği düşüncesi bazı çalışmalarla desteklenmiştir. İsveçli kadınlarda yapılan bir çalışmada istek azlığı olanların %45'i, bunun kendilerinde sıkıntıya yol açtığını düşünmektedir (5).

Belki de bu nedenlerden dolayı, bu çalışmada GRISS erken boşalma ve sertleşme bozukluğu alt ölçeklerinden elde edilen puan artış yüzdeleri ile DSM- IV tanı kriterleri arasındaki uyumsuzluk saptanmıştır. Yorumlarda klinik sonuçlarına daha fazla önem arzedilse de yukarıda bahsedilen klinik tanı kriterleri ile ilgili tartışmaları da göz ardı etmemek gerekir.

Erken boşalma açısından çalışmada ilginç veriler elde edilmiştir. Sosyal fobi hastalarına benzer şekilde yalın YAB vakalarının yarısında EB saptanması önem arz etmektedir. Depresif bozukluk eş-hastalanım olgularının sadece ikisinde EB saptanması önceki çalışma verileriyle uyumludur. Sonuç olarak depresif bozukluktaki EB' da YAB ve sosyal fobi açısından ayrıntılı ruhsal muayene yapılması gerektiği anlaşılmaktadır.

Son yıllarda yazarlar, IELT (Intravaginal Ejaculatory Latency Time) ile yapılan çalışmalarda EB' sı olan bireylerin %90' ında IELT' nin 1 dakika altında olduğu ve 1. 5 dakika altında saptananların ise muhtemel EB hastası olduğu yorumunda bulunmaktadır. Bu çalışmada IELT ile ilgili veri kullanılmamasının sebebi EB oranının beklenmedik yüksekliğidir.

Çalışmanın yetersizliği olarak düşünülebilirse de ülkemizde IELT ile ilgili normal data verileri araştıran çalışmaya rastlanılmamıştır. Ratlarda da insana benzer IELT kesme puanları mevcut olsa da EB nin etyopatogenezi hala aydınlatılamamıştır (88).

IELT düzeyinin genetik ve çevresel faktörlerle ilişkisi halen araştırılmaktadır (88). Erken boşalma etyopatogenezinde beş hipotez öne sürülmüştür.

1. Kaygı oluşturan öğrenilmiş bir davranışsal tutum,
2. Boşalma eşiğini düzenleyen santral ve periferik mekanizmalarda disregulasyon,
3. Santral serotonin nörotransmisyonunun azaldığı ve postsinaptik reseptör işlevselliğinde bozulmalar,
4. Penil duyarlılıkta genetik değişkenlik (26),
5. Boşalma latansında normal bir varyant olduğu tarzındadır (5).

Anksiyetenin EB nedenselliğinde zorunlu olmadığı ancak kalp hızlarının normal popülasyona göre daha fazla olduğu saptanmıştır (32.) Sosyal fobi hastalarının yarısında EB saptanmaktadır (30). YAB ile sosyal fobi birlikteliği klinikte sık gözlenmektedir.

YAB'da prefrontal kortikal metabolik aktivite artışı saptayan (91) ve sosyal fobili hastalarda toplum önünde konuşma beklentisi içindeyken saptanan sağ dorsolateral prefrontal kortekste kan akımı artışı olduğuna dair veriler elde eden çalışmalar (86) incelendiğinde her iki klinik tablo arasındaki benzerlik dikkat çekmektedir. YAB'da vagal tonusta azalmaya bağlı otonomik esnekliğin azaldığı yönünde de varsayımlar vardır (77). Ancak bu çalışmada sosyal fobi hastaları dışlanmış olup sonuçta YAB ile EB arasında bağlantısallık gösterilmiştir. Her ne kadar YAB tanı kriterleri arasında yer almasa da tüm klinisyenlerin hemfikir olduğu durum, endişenin acelecilikle birlikteliğidir. Acelecilik cinsel işlevsellik alanında devam ediyor gibi gözükmektedir. Ayrıca haz ve kaygı arasındaki diyalektik birliktelik özellikle cinsel istek açısından bu çalışmada desteklenmektedir.

Sonuç olarak düşük sayıda YAB olgusunda temel CİB' nin CİA olduğunu belirten çalışmaların sonuçlarına zıt bulgular elde edilmiştir (2,89).

Önceki çalışmaların DSM-IV tanı kriterlerinden önce yapılmış olması, örneklem sayısının az olması ve eş-hastalanım hallerinin araştırılmaması bu farklılığa neden olmuş olabilir. Bu çalışmadaki YAB hastalarının seçilmiş olması genel tabloyu tam anlamıyla yansıtmayabilir.

Önceki çalışmalarda CİB olan bireylerde anksiyetenin cinselliğe olan olumsuz etkileri saptanmakla beraber EB'ya bağlı kendine güvensizlik ve anksiyete oluştuğunu dolayısıyla anksiyeteye bağlı EB yerine, EB sonucu anksiyete tanımı daha çok kabul görmektedir. Bu çalışmada ise patolojik anksiyetenin, cinsel istekte anlamlı azalma yapmadığı, özellikle erken boşalma ve performans anksiyetesine bağlı sertleşme problemlerine nedensellik yönünden katkıda bulunduğu anlaşılmaktadır. Çünkü YAB öncesinde belirgin cinsel sorunları olan olgular dışlanmıştır.

Depresif bozukluk eş-hastalanımının ise anlamlı ölçüde cinsel istek azalması yaptığı, GRISS dokunma ve sertleşme bozukluğu alt ölçeklerinde yalın YAB ile istatistiksel anlamlılık sergileyen bozulmalara yol açtığı saptanmıştır.

Önceki çalışmalar irdelendiğinde bir çalışmada depresif bozukluk hastalarının üçte ikisinde CİA saptanmıştır. Bu oranın nomale göre 2.5 kat fazla olduğu belirtilmiş olup tez verileri ile uyumlu sonuçlardır (10). Başka bir çalışmada depresif bozukluğu olanların %31 'inde istek azalması, %22 sinde istek artışı saptanmıştır (53). Bu çalışmada cinsel istek artışına ve cinsel kompulsif bozukluğuna yönelik araştırma yapılmamıştır. GRISS alt ölçekleri ile klinik tanı arasındaki uyumun gerekliliği, bu eksikliğe neden olmuştur.

Depresif bozukluk şiddeti ile GRISS alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık GRISS dokunma ve kaçınma alt ölçeklerinde saptanmış diğer parametrelerde anlamlılık saptanmamıştır. Sertleşme bozukluğu ve sıklık alt ölçeklerinde anlamlılık saptanmaması da gözden kaçmamalıdır (Tablo 14).

Şiddet yönünden karşılaştırma yapılabilen örneklem niceliksel azlığı istatistiksel yorumlamada sorun teşkil etsede orta ve ağır depresyon hastalarında doyum ile kaçınma alanındaki patolojinin şiddet ile ilişkisi

saptanmıştır. Depresyonun şiddeti arttıkça panik hastalarına benzer kaçınma davranışı sergilenmekte ve cinsel doyum daha da azalmaktadır.

Bir çalışmada erkek olgulardaki CİB'nun, eşlerinin evlilik yaşamını etkilediği, kadın olgularının eşlerinin benzer durumdan aynı oranda etkilenmediği saptanmıştır (33). Çalışmaya hasta eşlerinin dahil olmaması çalışmanın nedenselliği arayıştaki çabasını gölgelemektedir. Amaç, nedensellikten ziyade bağlantısallığı, biyolojik bakış açısıyla ve tümevarım yordamıyla araştırmaktır. YAB' nun cinsel işlev bağlamında panik bozukluk ve depresif bozukluğa kıyasla sosyal fobi hastalarına benzer özellikler sergilediği anlaşılmış kısmen de olsa çalışmanın amacına ulaştığı yargısına varılmıştır.

SONUÇLAR

- 1- YAB' nda cinsel işlevsellikte bozulmalar olmaktadır. Yalın YAB' nda istek ve uyarılmaya nazaran boşalma alanında daha fazla patoloji görülmektedir. CIA oranının, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması yapılmasa da normale yakın olduğu düşünülmektedir.
- 2- DB eş-hastalanımı olan YAB' nda, cinsel işlev kaybı daha belirgindir. İstek ve uyarılma alanındaki işlevsellik kaybı, yalın YAB'dan nitelik ve niceliksel olarak daha fazladır. Boşalma fazındaki patoloji yalın YAB'na kıyasla nadirdir.
- 3- Depresif bozukluk eş-hastalanımı olan YAB olgularındaki sertleşme bozukluğu sıklıkla CIA' na eşlik etmektedir.
- 4- DB eş-hastalanımı olan YAB'nda yalın YAB' na kıyasla GRISS sıklık, dokunma ve sertleşme bozukluğu alt ölçeklerinde anlamlı yükselmeler saptanmıştır.
- 5- GRISS iletişim, kaçınma ve erken boşalma alt ölçekleri açısından çalışılan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamakla beraber DB eş-hastalanım grubunda tüm parametrelerin yalın YAB grubuna kıyasla yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo- 8).
- 6- EB'nın, DB eş-hastalanımı olan YAB' daki varlığı klinik olarak düşük oranda olup ölçek düzeyindeki yükselmeler çoğunlukla kesme puanı düzeyindedir.
- 7- Anksiyete şiddeti ile GRISS erken boşalma alt ölçek puanlarındaki artış arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.
- 8- CİB saptanmayan grubun hastalık süresinin 5 yıl ve altında saptanması istatistiksel olarak anlamlıdır. Egosintonitenin varlığı ve fizyolojik yaşlılık CİB sıklığında artış yapmaktadır.
- 9- DB şiddeti ile GRISS alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık GRISS doyum ve kaçınma alt ölçeklerinde saptanmış diğer parametrelerde anlamlılık saptanmamıştır.

10- YAB'nun cinsel işlev bağlamında panik bozukluk ve depresif bozukluğa kıyasla sosyal fobi hastalarına benzer özellikler sergilediği anlaşılmış olup bu konuda yapılabilecek daha geniş kapsamlı çalışmaların klinik durumların ayımsallaştırılmasında katkısı olabileceği yargısına varılmıştır.

KAYNAKLAR

- 1- Aksoy, U.M., Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluğu hastalarındaki cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Has. Hst. İstanbul, 2006.
- 2- Angst, J., Sexual problems in healthy and depressed persons. Int Clin Psychopharmacology. ;13(suppl 6):S1–S4, 1988.
- 3- Aydın, H., Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 8(4):215- 218, 1998.
- 4- Aydın, H., Cinsellik ve cinsel işlev. Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; Bölüm 41(605- 615) , 1998.
- 5- Balon, R., Segraves, R.T., Issues for DSM-IV: Sexual dysfunction or variation along normal distribution. Toward thinking DSM Criteria of sexual dysfunctions. The American Journal of Psychiatry.;164,2:198-211, Feb.2007.
- 6- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., Carnes, L., Vukadinovic, Z., Long, J.S., The relation between mood and sexuality in heterosexual men. Arch Sex Behav.; 32(3):217- 30. Jun.2003.
- 7- Barlow, D.H., Causes of sexual dysfunctions: the role of anxiety and cognitive interference .J. Consul Clin Psychol 54: 14-148, 1986.
- 8- Barlow, D., Van Den Hout, M., Attention, arousal and expectations in anxiety and sexual disorders. J. Aff. Disorders. 61 ; 241- 256, 2000.
- 9- Basson, R., Leiblum,S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., et al., Revised definitions of women's sexual dysfunction. J. Sex Medicine..1: 40-48 , 2004.
- 10- Beck, A.T., Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. London. Staples pres. 1967.
- 11- Beck, J.G., Barlow, D.H., The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding : physiological patterns in erectile dysfunction. Behav Res. Ther. 24: 9–17,1986.
- 12- Bozkurt, A., Erkek Cinsel İşlev Bozuklularında Psikopatolojinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. GATA, Ruh Sağ ve Hst.A.D., Ankara, 1996.

- 13- Bozkurt, A., Karlıdere, T., Karademir, M., Özmenler, K.N., Yılmaz, N., Aydın, H., Characteristics of 903 Turkish Male Sexual Dysfunction Subjects: Analysis of 18 years, APA, 158: 21- 26, May 2005.
- 14- Caskurlu, T., Taşcı, A.İ., Resim, S., Şahinkanat, T., Ergenekon, E., The etiology of erectile dysfunction and contributing factors in different age groups in Turkey. *International Journal of Urology* 11; 525- 529, 2004.
- 15- Clayton, P.J.: The comorbidity factor establishing the primary diagnosis in patients with mixed symptoms of anxiety and depression. *J Clin Psychiatry* 51(suppl.11):35- 39, 1990.
- 16- Colpi, G.M., Fanciullacci, G., Beretta, G., Negri, L., Zanollo, A., Evoked sacral potentials in subjects with true premature ejaculation. *Andrologia*, 18:583-586, 1986.
- 17- Corona, G., Mannucci, E., Petrone, L., Rica, V., Mansani, R., Cilotti, A., Balercia, G., Chiarini, V., Giommi, R., Forti, G., Maggi, M., Psychobiological correlates of smoking in patients with erectile dysfunction. *Int J Impot Res.*;17(6):527- 34. 2005.
- 18- Corretti, G., Pierucci, S., De Scisciolo, M., Nisita, C., Comorbidity between social phobia and premature ejaculation; study on 242 males affected by sexual disorders. *J. Sex Marital Ther.* 32(2); 183- 187, 2006.
- 19- Cranston-Cuebas, M.A., Barlow, D.H., Mitchell, W., Athanasiou, R., Differential effects of a misattribution manipulation on sexually functional and dysfunctional men. *J Abnorm Psychol.*;102(4):525- 33. 1993 Nov.
- 20- Crenshaw, T.L., Sexual aversion syndrome. *J. Sex Marital Therapy*, 11;285-293, 1985.
- 21- Crenshaw, T.L., Goldberg, J.P., Sexual aspects of neurochemistry. *Sexual Pharmacology*. New York. Norton Company, 1996.
- 22- Cummings, L.C., Mega, M.S., Disturbances of Sleeps ,appetite and sexual behavior. *Neuropsychiatry and Behavioural Neuroscience*. Sf: 344- 359 Oxford University Press. 2003.

- 23- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, 4 th ed. Washington D.C., American Psychiatric Association, 2000.
- 24- Donatucci, C.F., Etiology of ejaculation and pathophysiology of premature ejaculation. J Sex Med.; 3 Suppl 4:303- 8. Sep 2006.
- 25- Ercan, S., Gülçat, Z., Gülsün, M., Aydın, H., Özgen, F., Sertleşme Bozukluğu Olan Erkeklerde ve Eşlerinde Beden Algısı, Kişilik Özellikleri ve Cinsel Doyum Psychiatry in Türkiye / Volume 8 - Number 3 – 2006.
- 26- Ernst, C., Foldenyl, M., Angt, J.,The Zurich study: XXI. Sexual dysfunctions and disturbances in young adults. Data of a longitudinal epidemiological study. Eur. Arch. Psychiatry Clin Neurosci. 243: 179-188 , 1993.
- 27- Ertekin, C., Çolakoğlu, Z., Altay, B., Hand and genital sympathetic skin potentials in flaccid and erectile penile states in normal potent men and patients with premature ejaculation. J Ürol. 153:76- 79 ,1995.
- 28- Fajan, P.J., Schmidt, C.W., Wise, T.N., Derogatis, L.R., Sexual dysfunction and dual psychiatric diagnoses. Compr. Psychiatry.29: 278-284 , 1988.
- 29- Fenichel, O., Nevrozların Psikoanalitik Teorisi (1945) .Çeviri. Ege üniversitesi Tıp Fakültesi Kitaplar Serisi No: 98. 246- 353, 1974.
- 30- Figueira,I.,Possidente,E., Marques, C., Hayes, K., Sexual Dysfunction: A Neglected Complication of Panic Disorder and Social Phobia Archives of Sexual Behavior, Vol. 30, No. 4, 2001.
- 31- Freud, S., (1905) Drei Abhandlungen zur Sexual theorie. Cinsellik Üzerine Üç Deneme. Çeviri Öteki Yayınevi.44-165, 1997.
- 32- Gregoria, A., Male sexual problems, ABC of sexual health, Clinical review, BMJ, Vol. 318, January 1999.
- 33- Gülsün, M., Evlilik İlişkisinin Cinsel İşlev Bağlamında İncelenmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, GATA, Ruh Sağ. ve Hst. AD, Ankara. 2003

- 34- Hartmann, U., Schedlowski, M., Kruger, T.H., Cognitive and partner-related factors in rapid ejaculation: differences between dysfunctional and functional men. *World J Urol*, 23(2):93- 101, 2005.
- 35- Hedon, F., Anxiety and erectile dysfunction: a global approach to ED enhances results and quality of life. *Int J Impot Res* Apr;15 Suppl 2:S16- 9. 2003.
- 36- Higgins, E.S., George Mark S., *Neuroscience of Clinical Psychiatry. The pathophysiology of behaviour. Mental illness. 1 st edition. Chapter 13. Sex and the brain.* 2007.
- 37- İncesu, C., *Klinik Psikiyatri Dergisi* , Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları, Vol 7, 3-13, 2004.
- 38- Kaplan, H.S. , *The Sexual Desire Disorders Dysfunctional Regulation of Sexual Motivation*, Brunner mazel Publishers New York, 1995.
- 39- Karademir, M., *Depresif ve Cinsel İşlev Bozukluğu Bulunan Hastaların Temel Patolojilerinin Tanımlanması ve Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, GATA, Ruh Sağ. ve Hst. AD, Ankara.* 2005.
- 40- Karataş, E., *Depresyonda Hormonal Değişikliklerin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Ankara,* 1994.
- 41- Katon, W., Sullivan, M.D., Depression and chronic medical illness. *J Clin Psyciatry*, 51(6 Suppl) 3-11, 1990.
- 42- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C. et all. Major depresssion and generalized anxiety disorder. Same gens, different environment? *Arch Gen Psyhiatry*: 49:716-722, 1992.
- 43- Kendler, K.S., Walters, E.E., Neale, M.C. et all, The structure of genetic and enviromental risk factors for six major psychiatric disorders in women. *Arch Gen Psyhiatry*: 52:374- 383, 1995.
- 44- Kennedy, S.H., Dickens, S.E., Eisfeld, B.S., Bagby, R.M., Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord*. 56(2-3): 201-8, 1999.

- 45- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Dernier, O. et al., Prevalance and severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry: 62: 617- 627, 2005.
- 46- Kinsey, A.C. (1948), Das Sexuelle Verhalten des Mannes. :Kinsey Report. Berlin- Frankfurt,S. Füscher Verlag .1965.
- 47- Kocabaşoğlu,N., Yaygın Anksiyete nörobiyolojisine giriş: Symposium 40 (4): 130- 135, 2002.
- 48- Kockott, G., Feil, W., Ferstl, R., Aldenhoff, J., Besinger, U., Psychophysiological aspects of male sexual inadequacy: results of an experimental study. Arch Sex Behav 9: 477–493,1980.
- 49- Kotler, M., Cohen, H., Aizenberg, D., Matar, M., Loewenthal, U., Kaplan, Z., Miodownik, H., Zemishlany, Z., Sexual dysfunction in male posttraumatic stress disorder patients. Psychother Psychosom.;69(6):309-15, 2000.
- 50- Lauman, E., Paik A, Rosen R.C., Sexual dysfunction in the USA: Prevalance and predictors. JAMA; 281: 537- 544, 1999.
- 51- Maggi, M., Filippi, S., Ledda, F., Magini, A., Forti, G., Erectile dysfunction: from biochemical pharmacology to advances in medical therapy. Eur. J. Endocrinol. 143:143–154. 2000.
- 52- Mallis, D., Moysidis, K., Nakopoulou, E., Papaharitou, S., Hatzimouratidis, K., Hatzichristou, D., Psychiatric morbidity is frequently undetected in patients with erectile dysfunction. J Urol.;174(5):1913- 6. 2005.
- 53- Mathew, R.J., Weinman, M.L., Sexual dysfunction in depression. Archives of Sexual Behaviour. 11; 323- 328, 1982.
- 54- Masters, V.B. ,Johnson, V.E. (1966), Human Sexual Behavior. İnsanda Cinsel Davranış. Sayın, Ü.(Çev.Ed.). İstanbul. Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı. 1994.
- 55- McMahon, C.G., The etiology and management of premature ejaculation. Nat Clin Pract Urol.;2(9):426- 3, 2005.

- 56- Metz, M.E., Pryor, J.L., Nesvacil, L. et al., Premature ejaculation A Psychophysiological Review Journal of Sex and Marital Therapy 23(1) ; 3-23, 1997.
- 57- Michael, A., O Keane, V., Sexual dysfunction in depression. Human Psychopharmacology Clin. Exp. : 15: 337- 345, 2000.
- 58- Mitchell, W.B., Di Bartolo, P.M., Brown, T.A., Barlow, D.H., Effects of positive and negative mood on sexual arousal in sexually functional males. Archives of Sexual Behaviour. 27; 197- 208, 1998.
- 59- Ninan, P.T., Dunlop, B.W.,Controtemporary diagnosis and management of anxiety disorders. 1.baskı, 2007.
- 60- Nofzinger, E.A., Thase, M.E., Reynolds, C.F., Frank, E., Jennings, J.R., Garamoni, G.L., et al. Sexual function in depressed men. Assessment by self-report, behavioral, and nocturnal penile tumescence measures before and after treatment with cognitive behavior therapy. Arch Gen Psychiatry. 50(1):24- 30, 1993.
- 61- Noyes, R., Clarkson, C., Crowe, R.R., et al, A family study of generalized anxiety disorder. Am J Psychiatry: 144: 1029-1024, 1987.
- 62- Ohara, K., Suzuki, Y., Ochiani, M., et al, A variable number tandem repeat of serotonin transporter gene and anxiety disorders. Prog Neuropsychopharmacology Biol Psychiatry: - 23:55-65, 1999.
- 63- Perlman, M.C., Martin, L., Hirdes, J.P., Telegdi, N.C., Perez, E., Rabinowitz, T., Sexual dysfunction in psychiatric inpatients. Psychosomatics 48:309- 318, 2007.
- 64- Pezawas, L., Meyer, A, Diabant, E.M., et all: 5-HTTLPR polymorphism impacts cingulate-amygdala interactions: a genetic susceptibility mechanism for depression. Nature Neuroscience: 8:828- 834, 2005.
- 65- Porst, H., Montorsi, F., Rosen, R.C., Gaynor, L., Grupe, S., Alexander, J., The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. Eur Urol.;51(3):816- 23; 2007.

- 66- Robert, M.A., Hirschfeld, M.D., Sexual dysfunction in depression: disease or drug related? Depression and anksiyete, vol 7(1), 21-23, 1998.
- 67- Rowland, D.L., Psychophysiology of ejaculatory function and dysfunction. World J. Ürology, 23:82- 88, 2005.
- 68- Rowland, D.L., Penile sensitivity in men. A composite of recent findings. Ürology. 52: 1101-1105,1998.
- 69- Rowland, D.L., Tai, W., Brummett, K., Interactive processes in ejaculatory disorders: psychophysiological considerations. In Janssen E (ed) The psychophysiology of sex. Indiana University Press, Bloomington. 2005.
- 70- Rowland, D.L., Cooper, S.E., Slob, A.K., Genital and psychoaffective response to erotic stimulation in sexually functional and dysfunctional men. J Abnorm Psychol 105:194–203(1996):
- 71- Sadock, B., Sadock, V., Anormal Cinsellik ve Cinsel Disfonksiyon . Concise Textbook of Clinical Psychiatry –Türkçe Çeviri. Klinik Psikiyatri 2.Baskı Güneş Kitabevi. 277- 329, 2005.
- 72- Schover ,L.R., Lo Piccolo, J., Treatment effectiveness of dysfunctions of sexual desire . Journal of Sex and Marital Therapy 8,(3), 1982.
- 73- Schreier-Engel, P., Schiavi, R.C., Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire. J Nerv Men Dis. 174; 646- 651, 1986.
- 74- Segraves, R.T., Rapid ejaculation: a review of nosology, prevalence and treatment. Int J Impot Res. Sep-Oct;18 Suppl 1:S24- 32, 2006.
- 75- Segraves, R.T., Effects of psychotropic drugs on human erection and ejaculation.) Arch Gen Psychiatry, 46: 275- 284, 1989.
- 76- Seidman, S.,Ejaculatory Dysfunction and depression; pharmacological and psychobiological interactions.İnt. J. İmpot. Res.18:33-38, 2006.
- 77- Sevinçok, L., Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi, Klinik Psikiyatri 10: 3-12, 2007.
- 78- Shabsigh, R., Diagnosing premature ejaculation: a review. J Sex Med.;3 Suppl 4:318- 23, 2006.

- 79- Sidney, H.K., Susan, E.D., Beata, S.E., Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J.of Affective disorders*. 56: 201-208,1999.
- 80- Sigumori, H., Yoshid, K., Relationships between erectile dysfunction, depression and anxiety in japanese subjects. *J.Sex Med.*; 2: 390-396 , 2005.
- 81- Spiess, W.F., Geer, J.H., O Donohue, W.T., Premature ejaculation: investigation of factors in ejaculatory latency. *J.Abnorm Pschol*.93:242- 245, 1984.
- 82- Strassberg, D.S., Mahoney, J.M., Schaugaard, M., Hale, V.E., The role of anxiety in premature ejaculation. *Arch Sex Beh*. 19: 251–257, 1990.
- 83- Sungur, M. Z., Erkek Cinsel İşlev Bozuklukları, *Psikiyatri dünyası*,;2: 60-64, 1999.
- 84- Symonds, T., Roblin, D., Hart, K., How much premature ejaculation impact a mans life? *J Sex Marital Ther*, 29: 362- 70, 2003.
- 85- Taşdelen, V., Varoluş ve benlik. (Soren Kierkegaard). Hece yayınları dizisi . 1. Baskı, Ağustos 2004.
- 86- Tillfors, M., Furmark, T., Marteinsdottir, I., Cerebral blood flow during anticipation of public speaking in social phobia: a PET study. *Biol. Psychiatry*. 52: 1113- 1119, 2002.
- 87- Uzbay, T., Anksiyetenin Nörobiyolojisi *Klinik Psikiyatri Dergisi*,; 5 (Ek 1):5- 13, 2002.
- 88- Waldinger, M.D.,Relevance of evidence-based ejaculation time cut-off point for neurobiological research of premature ejaculation. *The Journal of Comparative Neurology*. 493:46-50, 2005.
- 89- Waldinger, M.D., Zwinderman, A.H., Schweitzer, D.H., Olivier, B., Relevance of methodological design for the interpretation of efficacy of drug treatment of premature ejaculation: a systematic review and metaanalysis. *Int J Impot Res*,;16: 369–381. 2004.

- 90- Ware, M.R., Emmanuel, N.P., Johnson, M.R., Brawman– Mintzer, O., Knapp, R., Crawford-Harrison, M. et al , Self-reported sexual dysfunction in anxiety disorder patients. *Psychopharmacology bulletin* 32, 530;1996.
- 91- Wu, J.C., Buchsbaum, M.S., Hershey, T.G., PET in generalized anxiety disorder. *Biol. Psychiatry*. 29: 1181-1199, 1991.
- 92- Yetkin, N., İncesu, C., Cinsel İşlev Bozukluklarında Kullanılan Terimlerin Gözden Geçirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 34(4) ;214-218, 1997.

EK- I

GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ENVANTERİ (Erkek)

Aşağıda cinsel yaşantının çeşitli yönleriyle ilgili cümleler bulunmaktadır. Her bireyin bu alandaki yaşantıları farklı olabilir. Lütfen her cümleyi dikkatle okuyunuz. Cevap seçenekleri 'hiçbir zaman', 'nadiren' , 'bazen', 'çoğu zaman' ve ' her zaman ' şeklinde düzenlenmiştir. Halihazırdaki durumunuza en uygun olan seçeneği, cümlelerin sağ tarafındaki parantezlerden bir tanesine çarpı işareti (x) koyarak belirtiniz. Lütfen her cümleyi hiç atlamadan ve seri şekilde yanıtlayınız.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her zaman
1. Haftada iki defadan fazla cinsel ilişkide bulunur musunuz ?	()	()	()	()	()
2. Eşinize, cinsel ilişkinizde nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı söylemekte güçlük çeker misiniz?	()	()	()	()	()
3. Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?	()	()	()	()	()
4. Cinsel birleşme sırasında çok çabuk boşalacağınızı hissederseniz bunu geciktirebilir misiniz?	()	()	()	()	()
5. Eşinizle cinsel yaşantınızda monotonluktan şikayetçi misiniz?	()	()	()	()	()
6. Eşinizin cinsel organını okşamaktan hoşlanmadığınız olur mu?	()	()	()	()	()
7. Eşiniz cinsel ilişkiye girmek istediğinde endişe ve huzursuzluk duyar mısınız?	()	()	()	()	()
8. Eşinizle cinsel birleşmeden zevk alır mısınız?	()	()	()	()	()
9. Eşinize cinsel ilişkinizde nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığını sorar mısınız?	()	()	()	()	()
10. Penisinizin sertleşmediği olur mu?	()	()	()	()	()
11. Cinsel yaşantınızda eşinizle aranızda aşk ve duygusallığın yeterli olmadığını hissediyor musunuz?	()	()	()	()	()
12. Eşinizin cinsel organınızı okşamasından zevk alır mısınız?	()	()	()	()	()

13. Cinsel birleşme sırasında çok çabuk boşalmayı engelleyebilir misiniz?	()	()	()	()	()
14. Eşinizle cinsel ilişkiye girmekten kaçınmaya çalıştığınız olur mu?	()	()	()	()	()
15. Eşinizle cinsel ilişkinizi yeterince doyum verici buluyor musunuz?	()	()	()	()	()
16. Eşinizle cinsel birleşme öncesindeki sevişme sırasında sertleşme olur mu?	()	()	()	()	()
17. Haftalarca hiç cinsel ilişkiye girmediğiniz olur mu?	()	()	()	()	()
18. Eşinizle karşılıklı elle doyum yapmaktan hoşlanırmısınız?	()	()	()	()	()
19. Eşinizle cinsel ilişkiye girmek isterseniz ilk adımı siz atar mısınız?	()	()	()	()	()
20. Eşinizin sizi kucaklaması ve okşamasının hoşunuza gitmediği olur mu?	()	()	()	()	()
21. İsteddiğiniz sıklıkta cinsel birleşmede bulunuyor musunuz?	()	()	()	()	()
22. Eşinizle cinsel ilişkiye girmeyi reddettiğiniz olur mu?	()	()	()	()	()
23. Cinsel birleşme sırasında sertleşmenin kaybolduğu olur mu?	()	()	()	()	()
24. Cinsel birleşmenin hemen başında istemediğiniz halde boşaldığınız olur mu?	()	()	()	()	()
25. Eşinizi kucaklamak ve okşamaktan hoşlanırmısınız?	()	()	()	()	()
26. Cinselliğe karşı ilgisizlik hissedermisiniz?	()	()	()	()	()
27. Henüz cinsel birleşme başlamadan istemediğiniz halde boşaldığınız olur mu?	()	()	()	()	()
28. Sevişme esnasında sizin ya da eşinizin davranışlarından tiksinti duyduğunuz oldu mu?	()	()	()	()	()