

- Yiou R, Hamidou L, Birebent B, Bitari D, Lecorvoisier P, Contremoulins I, Khodari M, Rodriguez AM, Augustin D, Roudot-Thoraval F, de la Taille A, Rouard H. Safety of Intracavernous Bone Marrow-Mononuclear Cells for Postradical Prostatectomy Erectile Dysfunction: An Open Dose-Escalation Pilot Study. *Eur Urol* 2016;69:988-991.
- Yoo JJ, Lee I, Atala A. Cartilage rods as a potential material for penile reconstruction. *J Urol* 1998;160:1164-1168; discussion 78.
- Yoo JJ, Park HJ, Lee I, Atala A. Autologous engineered cartilage rods for penile reconstruction. *J Urol* 1999;162:1119-1121.
- Yuan J, Hoang AN, Romero CA, Lin H, Dai Y, Wang R. Vacuum therapy in erectile dysfunction--science and clinical evidence. *Int J Impot Res* 2010;22:211-219.
- Yuan J, Lin H, Li P, Zhang R, Luo A, Berardinelli F, Dai Y, Wang R. Molecular mechanisms of vacuum therapy in penile rehabilitation: a novel animal study. *Eur Urol* 2010;58:773-780.
- Zewin TS, El-Assmy A, Harraz AM, Bazeed M, Shokeir AA, Sheir K, Mosbah A. Efficacy and safety of low-intensity shock wave therapy in penile rehabilitation post nerve-sparing radical cystoprostatectomy: a randomized controlled trial. *Int Urol Nephrol* 2018;50:2007-2014.

E. Psikoseksüel Tedaviler

Dr. Taner CANATAR, Dr. Şükrü UĞUZ

1. Giriş

İnsanların kendilik kavramını oluşturmasında, kendi cinselliklerini algılayış biçimleri önemli bir rol oynamaktadır. Bireyin cinselliği ile tüm kişiliği böylece birbiri içine girmekte ve cinselliği tek başına ele almak mümkün olamamaktadır. Cinselliğin yaşanması kişiliğin tüm yönleriyle ilişkili olsa da sağlıklı yaşanabilmesi; ancak bireylerde zedelenme ve benlik sınırının kaybı gibi korkuları içermeyen sağlıklı bir kişilik yapısında ve sağlıklı bir çift ilişkisi içerisinde gerçekleşebilmektedir (Gülsün ve ark., 2009). Durum böyleyken cinsel sorunları, bireyin kendine özgü psikolojik süreçlerinden ve/veya çift ilişkisinden bağımsız değerlendirmek uygun bir yaklaşım olmayacaktır. Bu açıdan bakıldığında öncelikle cinsellik ve cinselliğin psikolojik boyutunun ele alınması gerekliliği aşıkardır.

a. Cinsellik

Temel bir içgüdü olarak insan yaşamının doğal, sağlıklı ve ayrılmaz bir parçası olan cinsellik; biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, dini ve toplumsal öğeleri içerisinde barındıran karmaşık bir bütündür. Hayat boyunca cinsiyet, cinsiyete ait özellikler ve roller, cinsel yönelim, erotizm, samimiyet, zevk ve üremeyi kapsayan insan olmanın merkezi bir odağıdır (Aggleton ve ark., 2010). Bir yaşam dürtüsü olarak nasıl duyumsandığı ve yaşandığı kişiden kişiye değişen bu kavram, bireyin kendilik algısından ve başkaları ile kurduğu ilişkilerden önemli ölçüde etkilenir. Düşünceler, fanteziler, arzular, inançlar, değerler, deneyimler, roller, ilişkiler ve tecrübe ile ifade edilir (Şahin ve ark., 2006; Şahin ve ark., 2012). İşlevselliğin ve yaşam kalitesinin belirleyicisi olup (Barata, 2017) tüm yaş gruplarında fiziksel ve ruhsal sağlığın en önemli yordayıcılarından biridir (Kleinstäuber, 2017).

Tanımlardan da anlaşılacağı üzere cinsellik, yaşam boyu biyopsikososyal ve kültürel boyutlarıyla insan sağlığının vazgeçilemez bir unsurudur ve de cinsel organların sınırları içerisine hapsedilemeyecek kadar çok yönlü bir olgudur.

b. Cinselliğin Psikolojisi

Sağlıklı ve mutlu bir cinsel yaşam için sağlıklı işleyen bir beden olmazsa olmaz bir kuraldır. Ancak, cinselliğin kiminle, ne zaman, nerede yaşanacağını, nasıl uyarılıp nasıl doyuma ulaşılacağını belirleyen ise insan psikolojisidir. Her ne kadar cinsel dürtüler doğuştan var olsa da cinselliğe ilişkin düşünceleri ve tutumu, yetiştirme tarzı, kişisel deneyimler ve içinde yaşanan toplumun değer yargıları belirler.

Cinsellik konusunda “doğru bilgi” edinme olanakları çok sınırlı iken “yanlış bilgi” içeren mesajlar, hayatın olağan akışı içinde birçok kaynaktan sürekli olarak alınabilmektedir. Kişinin eğilimlerinin, inanışlarının ve düşüncesinde yanlış oluşmuş kavramların cinsel işlev bozukluğunun oluşumunda ve devamında önemli rol oynadığı bilinmektedir. Yanlış bilgi ve inançlar; beklentilerin abartılı olmasına, abartılı beklentiler ise performansla ilgili kaygıların oluşmasına neden olarak çeşitli cinsel işlev bozukluklarına zemin hazırlayabilmektedir (Sungur, 1998). Bununla birlikte bireyin yetiştiği aile ortamında sevgi ve şefkatin ifade edilme biçimi, travmatik cinsel deneyimler, cinsellikle ilgili dini, kültürel ve sosyal mesajlar ile kişinin inançları ve davranışları üzerinde giderek artan oranda etki eden medya, çift ilişkisindeki çatışmalar, hatta çeşitli alanlardaki profesyoneller de cinselliğin sağlıklı yaşanıp yaşanmayacağı konusunda belirgin bir etkiye sahiptir. Ancak, seksüel disfonksiyonun olmaması kişinin cinsel yönden tatmin olduğu anlamına gelmediği gibi cinsel kaygılar taşıyor olması da cinsel tatminsiz olduğu anlamına gelmeyecektir (McCabe ve ark., 2010; Brotto ve ark., 2016). Cinsel işlev bozuklukları alt belirleyeni Tablo 1’de gösterilmiştir (İncesu, 2011).

Tablo 1. Cinsel işlev bozuklukları alt belirleyeni

1. Yaşam boyu (ilk cinsel etkinlikten bu yana)/Edinilmiş
2. Yaygın/Durumsal
3. Partner faktörü (partnerin cinsel sorunları, partnerin sağlık durumu vb.)
4. İlişki faktörleri (örneğin; zayıf iletişim, ilişkide çatışma, cinsel istek uyumsuzluğu)
5. Bireysel faktörler (örneğin; depresyon ve kaygı, zayıf beden imajı, geçmişte istismara maruz kalınması)
6. Kültürel/dinsel etkenler (örneğin; cinselliğe yönelik yasaklardan kaynaklanan ket vurma)
7. Prognoz, seyir ve tedavi ile ilgili tıbbi faktörler

Sonuç olarak cinsellik, zaman zaman tabuların, olumsuz düşünce ve inanışların büyütecinde kaygı ve korku dolu bir çatışma alanı haline gelebilmekte, sosyal ve psikolojik işlevin en gerisine itilerek ihmal edilebilmekte, zaman zaman da baş köşesine oturtularak yaşamı etkisi altına alabilmektedir (Gülsün ve ark., 2009). Zildberg’in çok güzel ifade ettiği gibi cinsellik, bacakların arasında değil kulakların arasındadır ve yalnızca cinsel organları değil tüm bedeni ve aklı içerdiğinden yanlış bilgi ve inanışların, sağlıklı bir cinsel yaşam kurmanın ve doyumlu bir cinsellik yaşamının önündeki en büyük engel olduğu söylenebilir (Aksöyek ve Canatar, 2014; Aksöyek ve Canatar, 2015).

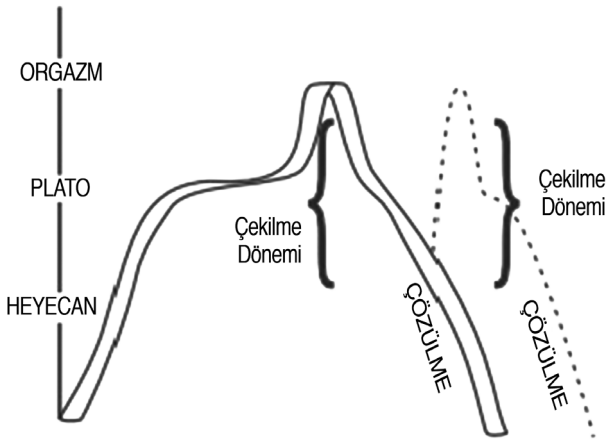
2. Erkek Cinsel Yanıt Döngüsü

Normal cinsel fonksiyon biyopsikososyal bir süreç olup psikolojik, endokrin, vasküler ve nörobiyolojik faktörlerin koordinasyonuna bağlıdır (Melnik ve ark., 2007; Harsh ve Clayton, 2018). Bu bağlamda cinsel yanıtların fizyolojik bir döngüsü vardır ve erkek cinsel yanıt döngüsü dört temel fazdan oluşur: 1) İstek, 2) uyarılma (erektil fonksiyon), 3) orgazm, 4) çözülmedir (rezolüsyon). Başka bir deyişle bir erkeğin normal cinsel döngüsünde; önce cinsel yönde bir istek olması, bu isteği bir uyarılmanın izlemesi ve nihayet uyarılmanın ulaştığı bir doruk noktası yani orgazmın gerçekleşmesi, orgazm sonrası ise cinsel yönden yeniden uyarılabilme ve aynı döngünün tekrarlanabilmesi için rezolüsyon olması beklenir (Bodie ve ark., 2003; Sungur, 2004). Erkekteki bu cinsel yanıt döngüsü genellikle birbirine benzerdir ve Şekil 1’de olduğu gibi tek bir grafikte tanımlanabilir (İncesu, 2004). Fonksiyonel olarak ise normal erkek yanıt döngüsünün, sıralı ve birbiriyle ilişkili 5 etkinlikten oluştuğu söylenebilir; libido, ereksiyon (tümesans), ejakülasyon, orgazm ve detümesans (Kandeel ve ark., 2001).

Çözülme evresinin klinik bir öneminin olmaması nedeniyle, cinsel işlevlerin istek, uyarılma ve orgazm aşamalarından oluştuğu ve cinsel işlev bozukluklarının da bu evrelerin bozulmasıyla ortaya çıkan ve her evreye denk düşen farklı sendromlar topluluğu olduğu kabul görmektedir. Tablo 2’de erkek cinsel yanıt evreleri ve bu evrelerin bozulması ile ortaya çıkan sendromlar görülmektedir (İncesu, 2004; Rösing ve ark., 2009). Bu sendromlardan cinsel tiksinti bozukluğu, Amerikan Psikiyatri Birliği’nin (APA) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5 (DSM-V)* tanı kılavuzunda sınıflandırmadan çıkartılmıştır.

Tablo 2. Erkeklerde cinsel yanıtın evreleri ve bu evrelerin bozulması ile ortaya çıkan sendromlar

Evre	Fizyolojik süreç	Sendromlar
1. İstek	MSS'deki cinsel merkezlerin aktivasyonu + yeterli ölçüde endokrin sistem desteği	Cinsel istek bozukluğu Cinsel tiksinti bozukluğu
2. Uyarılma	Genital bölgede vazokonjesyon + sistemik vazokonjesyon - > Ereksiyon	Ereksiyon bozukluğu
3. Orgazm	Refleks kas kontraksiyonları - > ejakülasyon	Ejakülasyon bozukluğu



Şekil 1. Erkeklerde cinsel yanıt döngüsü

3. Psikojenik Eretil Disfonksiyon

Eretil disfonksiyon (ED), erektil yetmezlik, ereksiyon kusuru, sertleşme bozukluğu ve empotans birbirleriyle sinonim olarak kullanılan ve erkeklerdeki cinsel uyarılma bozukluğunu ifade eden terimlerdir. Bunlardan empotans, iktidarsızlık anlamında kullanıldığından ve bir erkeğin iktidarı sertleşmenin niceliği veya niteliği ile ölçülemeyeceğinden kullanılmamalıdır (Sungur, 2004).

Her ne kadar penis ereksiyonundaki ana faktörün fiziksel etmenler olduğu düşünülse de, psikolojik faktörler de hem penisin sertleşmesinde hem de sertliğin korunmasında çok büyük rol oynarlar.

ED'yi tamamen anlamak için bu iki etmenin (fizyolojik ve psikolojik problemler) birbirleri ile olan ilişkisini çözmek gerekir.

a. Tanım ve Sıklık

Eretil disfonksiyon, APA'nın, DSM-V tanı kılavuzuna göre; belirgin bir sıkıntıya ya da kişiler arası ilişkilerde zorluklara neden olacak şekilde en az 6 ay süreli olarak cinsel ilişkilerin tümünde veya neredeyse tümünde cinsel etkinlik sonuçlanana kadar sertleşmeyi sağlayamama, sürdürmemeye ya da yetersiz sertleşme durumudur (APA, 2013). Psikojenik ED ise tamamen veya ağırlıklı şekilde psikolojik ya da kişiler arası nedenlere bağlı olarak tatmin edici bir cinsel birliktelik için yeterli ereksiyonu sağlayamama veya sürdürmemedir (Bodie ve ark., 2003).

Oldukça yaygın olarak karşılaşılan ED, Amerika'da yapılan bir çalışmaya göre 40-70 yaşları arasındaki erkeklerde %52, İngiltere'de yapılan bir çalışmada 30-80 yaşları arasındaki erkeklerde %19 ancak yaşamın herhangi bir diliminde benzeri bir sorunla karşılaşan erkeklerde %70-75, Türk Androloji Derneği'nin yaptığı araştırmaya göre ise Türkiye'de 40 yaş üzerinde %69,2 oranında görülmektedir (Kulacaoğlu, 2016). Başvuru sıklığı (Masters ve Johnson'a 1970) göre %55, İngiltere'de Hawton'a göre %60, Türkiye'de M. Sungur'a göre %75'tir (Tükel, 2009).

b. Etiyoloji ve Ayırıcı Tanı

Dünya genelinde 2025 yılında 322 milyondan fazla erkeği etkileyeceği öngörülen ED (Ciocanel ve ark., 2019), etiyojisine göre; organik, psikojenik ve karışık tip olarak sınıflanmaktadır. Psikojenik ve organik nedenler çoğu kez iç içe olabildiğinden ve ayırıcı tanıda zorluklar yaratabildiğinden "primer organik" ya da "primer psikojenik" tanımları daha uygun olacaktır (Salonia ve ark., 2020). Bununla birlikte ED sıklıkla birden fazla patofizyolojik faktörle ilişkilidir ve organik bir nedene bağlı olarak ortaya çıksa bile genellikle kişide performans anksiyetesine yol açarak hastalığın daha da ilerlemesine neden olacağından hemen her zaman psikojenik bir komponent içermektedir (Kulacaoğlu, 2016).

Sertleşme bozukluğunun akut olarak ortaya çıkması, cinsel birleşme dışında ereksiyonun yeterli olması, partnere, cinsel etkinliğe ve cinsiyete, zamana, mekana özgü olarak değişkenlik göstermesi, problemin daha çok durumsal, etiolojinin de psikojenik kökenli olduğunu düşündürmelidir. Ancak ereksiyon sorunu birincil bir sorunsu, hem cinsel ilişki hem de masturbasyonda ortaya çıkıyorsa yani total ise, yavaş yavaş ortaya çıkmışsa, pozisyon değişikliği ile artıp azalıyorsa organik nedenler düşünülmelidir (Tükel, 2009; Yıkılmaz ve Toksöz, 2015).

Psikojenik ED kökeninde yatan majör etkenin performans anksiyetesi olduğu bilinen bir gerçektir. Performans anksiyetesinde kişi, tüm dikkatini erotik uyarıdan cinsel performansa kaydırdığı bir “seyirci” rolüne adapte olmuştur (Rosen, 2001). Psikojenik nedenlerin ayırıcı tanısında performans anksiyetesi dışında; olumsuz bilişsel inanışlar, düşük benlik ve beden algısı, cinsel bilgi eksikliği ve cinsel mitler, kişinin bugüne kadar edindiği negatif cinsel mesajlar (ailesinden aldığı vb.), rastlantısal başarısızlıklar, seks için yetersiz uyarıcı ya da gerçekçi olmayan beklentiler, önceki cinsel travmalar, suçluluk duygularının eşlik ettiği evlilik dışı ilişkiler, evlilik ilişkisindeki sorunlar, bireyin partnerindeki cinsel işlev bozukluğu (en sık vajinismus ikincil olarak), cinsel kimlik bozuklukları, kişilik bozuklukları (obsesif, narsisistik, bağımlı, vb.) ve başka psikiyatrik bozukluklar (bipolar, anksiyete, otizm, depresyon vb.) mutlaka dikkatle irdelenmelidir (Sungur, 2004; Carroll, 2011; Rosen ve ark., 2014; Kulacaoğlu, 2016). ED etiolojisinde rol oynayan cinsel mitler Tablo 3’te (Şahin ve ark., 2006; Simopoulos ve Trinidad, 2013), bilişsel çarpıtmalar Tablo 4’te (Simopoulos ve Trinidad, 2013), psikojenik ED sınıflandırması Tablo 5’te gösterilmiştir (Rosen, 2001).

c. Tedavi Yaklaşımı

Birçok tıbbi sorunda işlevselliği geri kazanmada etkinliği gösterilmiş olan yaşam tarzı değişiklikleri, ED tedavisinde de ilk seçenek olarak değerlendirilmeli ve bu erkekler cinsel yaşamları ve genel sağlıklarına olası yararları açısından gerekli değişiklikleri yapabilmeleri konusunda cesaretlendirilmelidir (Mobley ve ark., 2017; Ciocanel ve ark., 2019). Hemen ardından psikojenik ED gelişen bir erkeğe yaklaşım, şu soruyu gündeme almalıdır; biyolojik olarak ereksiyon potansiyeline sahip bir erkek neden erekte olamamaktadır?

Tablo 3. ED etiolojisinde rol oynayan cinsel mitler

1. Kadınları tatmin etmek erkeklerin sorumluluğundadır.
2. Erekte penisin sertliği ve boyu, kadının tatmininin belirleyicisidir.
3. Bir kadının sekste en sevdiği bölüm cinsel birleşmedir.
4. Bir erkek her zaman seks ister ve sekse hazırdır.
5. Cinselliği hep erkek başlatmalıdır ve kontrol erkekte olmalıdır.
6. Gerçek erkek, çok sık cinsel ilişkiye girendir.
7. Cinsellik için mutlaka çok sertleşmiş bir penis gereklidir.
8. Erkek için sevişmede başarılı olmak haz almaktan da önemlidir.
9. Yaşla birlikte tüm erkekler ereksiyon kabiliyetini kaybederler.
10. Bir kez cinsel sorun yaşanır bu tekrarlayacak demektir.

ED: Erektile disfonksiyon

Tablo 4. ED etiolojisinde rol oynayan bilişsel çarpıtmalar

1. Hep ya da hiç düşünme: “Ben tamamen yetersizim çünkü ereksiyonum %100 sertlikte değil.”
2. Aşırı genelleme: “Dün akşam erekte olamadıysam bugün de olamam.”
3. Pozitif yok sayma: “Partnerim ereksiyonumun iyi olduğunu söylüyor çünkü duygularımı incitmek istemiyor.”
4. Akıl okuma: “Sormama gerek yok, dün gece hakkında ne hissettiğini biliyorum.”
5. Kehanette bulunma: “Bu gece işlerin kötü gideceğinden eminim.”
6. Felaketleştirme: “Eğer bu gece başarısız olursam, partnerim beni terk edecek.”
7. Kaçınılmaz zorunluluklar: Zihinde gereklilik, mecburiyet ve şartların varlığı, cinsel fonksiyonla ilgili düşüncelere hükmederler.

ED: Erektile disfonksiyon

Tablo 5. Psikojenik ED sınıflandırması

1. Yaygın tip
A. Yaygın yanıtızsızlık
1. Primer cinsel uyarılma eksikliği, 2. Cinsel uyarılmada yaşa bağlı azalma.
B. Yaygın inhibisyon
1. Cinsel yakınlık ve samimiyet kurmada kronik bozukluk.
2. Durumsal tip
A. Partnerle ilintili
1. Spesifik bir ilişkide uyarılma eksikliği, 2. Cinsel obje tercihine bağlı uyarılma eksikliği, 3. İlişkisel çatışma ya da tehdite bağlı merkezi inhibisyon.
B. Performans ilintili
1. Diğer cinsel işlev bozukluklarıyla ilişkili (örneğin; erken boşalma), 2. Durumsal performans anksiyetesi (örneğin; başarısızlık korkusu).
C. Psikolojik sıkıntı
1. Negatif duygu durumu (örneğin; depresyon) ya da majör yaşam stresi (örneğin; eş kaybı) ile ilişkili.
ED: Eretil disfonksiyon

Yaygın inanış odur ki; ED tedavisi, erkek cinselliğinin erekte penisten çok daha fazlası olduğu gerçeğini göz önünde bulundurmalıdır (Melnik ve Abdo, 2005). Bu pencereden bakıldığında ED tedavisinin şu iki seçenekten hangisi ile ele alınması gerektiği açıktır; bir organ ya da sistem hastalığı olarak gören ve salt koitusu hedefleyen medikal yaklaşımla mı yoksa her organ ya da sistem rahatsızlığının insanın ruhsal dokusunda da yansımalarının bulunduğunu göz önüne alan bio-psiko-sosyal bir yaklaşımla mı? (Kapkın, 2009). Zaten çalışmalar ve gözlemler de cinsel sorunla gelen tek bir bireyi tedavi etmeye çalışıldığında işlevselliğin geri kazanılma olasılığının daha düşükken, yaşadıkları cinsel sorunu ortak problemleri olarak gören çiftin birlikte terapi sürecine katıldığı durumlarda başarı şansının %70-95'lere yükseldiğini destekler niteliktedir (Kapkın, 2009; Mobley ve ark., 2017).

Eretil disfonksiyon tedavisinde uygulanabilecek çeşitli psikolojik müdahaleler arasında; sistematik duyarsızlaştırma, duyumlara odaklanma, davranışsal ödevler, cinsel eğitim, iletişim ve cinsel beceri eğitimi, mastürbasyon egzersizleri ve bunların da kullanıldığı cinsel terapi, bireysel ve çift/evlilik terapisi vb. alternatif tedaviler sayılabilmektedir (Althof ve Wieder, 2004; Öztürk, 2019). Psikoterapi, ED için klinik tedavileri daha etkili hale getirerek psikososyal engellerin aşılmasında yardımcı olabilmektedir. Psikoterapinin hedefleri arasında; tedaviyi erken bırakmaya yol açabilecek tıbbi müdahaleye yönelik dirençlerin belirlenmesi ve ele alınması, performans anksiyetesinin azaltılması veya ortadan kaldırılması, bir çiftin cinsel aktivitesinin bağlamının anlaşılması (ED gibi bir cinsel işlev bozukluğu çözümlenmemiş bir ilişki probleminin semptomu olabilir) ve cinsel senaryoların psikoeğitim ve modifikasyonunun yapılandırılması yer almaktadır (Althof ve Wieder, 2004).

i. Hastalarla Cinsel Sorunlar Hakkında Konuşmak

Bu konular hakkında en iyi konuşma yolu terapistin/hekimin ön yargılarından kurtulması ve açıkça konuşmaya başlamasıdır. Birçok terapist, ED hakkında konuşurken çekimser davranmaktadır. Öncelikle hastaya özgür olabilme olanağı verilir. Yani özgürce cinsel sorunları veya cinsel yaşamı ile ilgili konuları konuşabilme özgürlüğü verilir. Utanç verici diye adlandırılacak sorunlar bu bölümde konuşulur. Kısacası hastanın kapalı kapıları güler yüzülük ile açılır. Tedavisi hakkında kısa ve anlaşılır bilgiler verilir ve durum normalize edilir (Annon, 1976). Sonrasında yoğun psikoterapiler başlanır.

ii. Psikolojik Değerlendirme

Psikolojik değerlendirmede ilk bilinmesi gereken husus erkeklerin cinsel sorunlarını konuşmaktan çekindikleridir. Erkeklerin birçoğu bu sorunu sormaktan kaçınır çünkü bunun utanç verici olduğunu düşünür (Marwick, 1999). Sadece utançtan da korkmazlar ayrıca, soracakları kişinin onlarla dalga geçeceğini veya iğneleyici konuşabileceğinden endişe ederler. ED sebebi fiziksel bile olsa (ameliyatlara, fiziksel hastalıklara bağlı vb.) çoğu zaman buna psikolojik etmenler de eklenir ve böylece daha da kötüleşir. Bir kısmı da sadece bir psikolojik hastalığa bağlıdır (Perelman, 1984). Bunu yaşayan erkeklerin partnerleri ile ilişkileri bozulur. Partnerleri de kendileri ile ilgili olumsuz düşüncelere kapılmaya başlar, kendilerini çirkin, artık kocalarının ilgisini çekmeyen hatta, aldatılan kadın olarak tanımlamaya başlarlar. Danışanın bu karmaşık öyküsü yeteri kadar zaman ayırarak dinlenmezse çoğunlukla anlaşılabilir. ED psikolojik değerlendirilmesi mutlaka hem bireysel hem de ilişkisel faktörleri kapsmalıdır. Maalesef günümüzde sağlık sistemi zamanla yarışmakta olduğundan bu yeterli zamanı ayırmak son derece zordur. Kısa sürede yapılan muayenelerde ise danışanın cinsel öyküsünü tam dinlemek mümkün olmayabilir.

Ruh sağlığı çalışanları, kişinin cinsel yaşam öyküsünün yanı sıra komorbid olarak eşlik eden başka bir psikolojik hastalığı var mı onu da araştırmalıdır. Ayrıca; disfonksiyonun genel bir problem mi olduğu yoksa belirli durumlarda mı ortaya çıktığı öğrenilmelidir (bir partnere özel mi yoksa belirli bir seksüel aktiviteye özel mi öğrenilmelidir). ED'nin psikolojik kökenli olmasının belki de en önemli işareti ereksiyon kaybının zamanlamasıdır. Bu tip hastalarda ereksiyon vardır ancak partneri ile seks yapmaya başlayınca sertleşme sona ermektedir. Bu tablo psikolojik ED'nin tipik özelliklerinden biridir ve performans anksiyetesini düşündürür çünkü ED, ilişkinin hemen başında veya hemen sonrasında başlar. Bu durumda sorulacak bir diğer soru ise başlangıç anıdır. Genellikle "seks güzeldi ta ki..." ta ki lafından sonra "çocuk olana kadar", "evleri birleştirene kadar", "evlenene kadar", "nişanlanana kadar" bu tip cümleler ile devam eder. Genel olarak cinsel birleşme anında kişinin zihni performanslarıyla ilgili kaygılarla dolmaya başlar ve ereksiyon sona erer.

Eretil disfonksiyon kişinin kendi içinde yaşadığı (intrapersonal) değil daha çok partneri ile arasında (interpersonal) yaşadığı bir sorundur. Sorun mastürbasyon sırasında oluşmamakta, cinsel birliktelik sırasında ortaya çıkmaktadır. Bazen erkekler kendileri başvursa da çoğu zaman ED problem haline geldiğinde partnerleri tarafından getirilmektedirler (Shabsigh ve ark., 2004).

iii. Partnerin Önemi

Eretil disfonksiyona yaklaşımda üzerinde en çok durulması gereken konulardan biri de kişinin partneri ve onunla olan ilişkisidir. Ereksiyon sorunu olan erkek genellikle tek başına sıkıntı yaşamaz, partneri de sıkıntı yaşar. Partnerinin aklına genellikle şu sorular gelir "acaba ben yeterince çekici değil miyim?, yeteri kadar iyi ve yeterli bir seks partneri değil miyim?, acaba başkasında mı hoşlanıyor?, acaba başkası ile bir ilişki var mı?". Sanki ED yeterince karmaşık değilmiş gibi bir de bu problemler eklenir ilişkiye. Buna rağmen bazı profesyoneller mevcut sorunun kökeninde veya alevlenmesinde partnerler arasında ilişkinin ya da psikojenik etkenlerin önemini göz ardı etmekte, seks terapilerine gereksinim olmadığını düşünmektedirler. Öte yandan bazı bireylerin/çiftlerin herhangi bir psikolojik yaklaşımdan çok farmakolojik bir tedavi beklentisi içinde olmaları da pek şaşırtıcı değildir. Belki de bu durumda elde edilebilecek en önemli kazanım; ED sorunu ele alınırken salt bir organ fonksiyon bozukluğunun değil, bir ilişki bozukluğunun ele alınması gerektiği bilincini oluşturabilmek ve klinisyenlerin perspektifini genital fonksiyonlardan ziyade çiftin içinde yaşadığı bağlama kaydırabilmek olacaktır.

Tüm bu bilgiler ışığında tedaviye yönelik uygulanan farmakolojik tedavi seçenekleri ile karşılaştırıldığında psikolojik müdahalelerin (tek başına veya tedaviye eklenmesinin) avantajları bulunduğu gerçeği yok sayılmamalıdır. Bu avantajlar; olumsuz bir fiziksel yan etkisinin olmaması ve hedef belirtilerin azalmasının ötesinde cinsel doyumun artırılmasını ve cinsel işlevlerin yeniden kurulmasını hedeflemeleridir. Ayrıca, hastaya kendini ifade edebilme

ve bağlam üzerinde değişiklik yaratabilme imkanı tanımakta, umut ve gerçekçi beklenti oluşturabilme rolü sağlamaktadır (Althof ve Wieder, 2004; Öztürk, 2019).

iv. Fosfodiesteraz Tip 5 İnhibitörleri Sonrası Ortaya Çıkan Psikolojik Sorunlar

Eretil disfonksiyon tedavisinde oral yollardan alınan ilaçların yarattığı etki yadsınamaz bir gerçektir. İyi tarafından bakmak gerekirse sadece bu ilaçların kullanılması bile tedavi süreçlerine başlama konusunda yardımcı olmuştur. Eskiden oral yoldan alınan ilaçlar yerine vakum aletleri, penis protezleri ve penis içi enjeksiyonlar öncelikle tercih edilirdi. Fosfodiesteraz tip 5 inhibitörlerinin piyasaya sürülmesi ile birlikte 1998'den beri bu ilaçlar, ED ile yapılan savaşta ilk sıralarda kullanılan silahlardan biri haline gelmiştir. Ancak bu ilaçları kullanan pek çok ED hastası, gerçekçi olmayan beklentileri yüzünden hayal kırıklıklarına uğramaktadırlar (Watter, 2012). Ayrıca, ileri yaştaki bazı hastalar, geri kazandıkları cinselliklerinin yanında, gençliklerini de tekrar kazandıkları gibi yanlış bir algıya kapılarak başka sosyal ve tıbbi sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Aynı şekilde prostat kanseri tedavisinden sonra da gerçekçi olmayan beklentiler hastalara zarar vermektedir. Bazı hastalar prostat ameliyatından sonra eskiden olduğu gibi (gençliklerinde) cinsel hayatlarına devam edebileceklerini sanmaktadırlar. Bu nedenle hastalara detaylı bilgi verilmesi, hayal kırıklıkları yaşanmasını ve gereksiz ilaç kullanımını önleyecektir.

Kaynaklar

- Aggleton P, Wood K, Thomas F. World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research for Developing sexual health programmes. A framework for action 2010; WHO/RHR/HRP/10.22.
- Aksöyek A, Canatar T. Cinsel İşlev Bozuklukları ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2014;5:98-103.
- Aksöyek A, Canatar T. Sexuality and Sexual Education. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care* 2015;9:54-58.
- Althof SE. What's new in sex therapy? *J Sex Med* 2010;7:5-13.
- Althof SE, Wieder M. Psychotherapy for Erectile Dysfunction: Now More Relevant Than Ever. *Endocrine* 2004;23:131-134.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5th ed. Arlington, VA; 2013.
- Annon JS. *The Behavioral Treatment of Sexual Problems: Brief Therapy*. New York, NY: Harper and Row Medical Department; 1976.
- Barata BC. Affective disorders and sexual function: from neuroscience to clinic. *Curr Opin Psychiatry* 2017;30:396-401.
- Bodie JA, Beeman WW, Monga M. Psychogenic erectile dysfunction. *Int J Psychiatry Med* 2003;33:273-293.
- Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers S, Graham C, Nobre P, Wylie K. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med* 2016;13:538-71.
- Carroll RA. Psychological Aspects of Erectile Dysfunction. In: McVary, KT. *Contemporary Treatment Of Erectile Dysfunction, A Clinical Guide*, New York, Springer Science + Business Media, LLC; 2011, pp. 23-37.
- Ciocanel O, Power K, Eriksen A. Interventions to Treat Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation: An Overview of Systematic Reviews. *Sex Med* 2019;7:251-269.
- Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. *Current Approaches In Psychiatry* 2009;1:68-79.
- Harsh V, Clayton AH. Sex Differences in the Treatment of Sexual Dysfunction. *Current Psychiatry Reports* 2018;20:18.
- İncesu C. Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri* 2004;(Ek3):3-13.
- İncesu C. DSM-5 ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2011;48(Suppl1):1-6.
- Kandeel FR, Koussa VKT, Swerdloff RS. Male Sexual Function and Its Disorders: Physiology, Pathophysiology, Clinical Investigation, and Treatment. *Endocrine Reviews* 2001;22:342-388.
- Kapkın E. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2009;2:16-21.
- Kleinstäuber M. Factors associated with sexual health and well being in older adulthood. *Curr Opin Psychiatry* 2017;30:358-368.
- Kulacaoğlu F. Psikojenik nedenli erektil disfonksiyon. *Androloji Bülteni* 2016;18:230-232.
- Marwick C. Survey says patients expect little physician help on sex. *JAMA* 1999;281:2173-2174.

- Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Inadequacy. New York, NY Little, Brown & Co; 1970.
- McCabe M, Althof SE, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum SR, Simonelli C, Wylie K. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med* 2010;7:327-336.
- Melnik T, Abdo CHN. Psychogenic Erectile Dysfunction: Comparative Study of Three Therapeutic Approaches. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2005;31:243-255.
- Melnik T, Soares B, Nasello AG. Psychosocial interventions for erectile dysfunction (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;3:CD004825. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004825.pub2>
- Mobley DF, Khera M, Baum N. Recent advances in the treatment of erectile dysfunction. *Postgrad Med J* 2017;93:679-685.
- Öztürk ÇŞ. Cinsel İşlev Bozukluklarına Yönelik Psikolojik Müdahaleler. *Yeni Symposium* 2019;57:18-28.
- Perelman MA. Rehabilitative sex therapy for organic impotence. In: Segraves T, Haeberle E, eds. *Emerging dimensions of sexology*. New York, NY Praeger Publishers, 1984, pp. 181-188.
- Perelman MA. Psychosocial Evaluation and Combination Treatment of Men with Erectile Dysfunction. *Urol Clin N Am* 2005;32:431-445.
- Perelman MA. Integrated sex therapy: a psychosocialcultural perspective integrating behavioral, cognitive, and medical approaches. In: Carson C, Kirby R, Goldstein I, Wylie K, editors. *Textbook of Erectile Dysfunction*. 2nd ed. London, Informa Healthcare; 2008, pp. 298-305.
- Perelman MA. Advocating For a Transdisciplinary Perspective in Sexual Medicine. *Curr Sex Health Rep* 2015;7:1-2.
- Rosen RC. Psychogenic Erectile Dysfunction: Classification and Management. *Urologic Clinics of North America* 2001;28:269-278.
- Rosen RC. Erectile dysfunction: Integration of medical and psychological approaches. In: Leiblum SR, eds. *Principles and Practice of Sex Therapy*, 4th ed. New York, NY Guilford Press; 2007, pp. 277-310.
- Rosen RC, Miner MM, Wincze JP. Erectile dysfunction: integration of medical and psychological approaches. In: Binik YM, Hall KSK, editors. *Principles and practice of sex therapy*. 5th ed. New York, NY: Guilford Press; 2014.
- Rösing D, Klebingat KJ, Berberich HJ, Bosinski HAG, Loewit K, Beier KM. Male Sexual Dysfunction: Diagnosis and Treatment From a Sexological and Interdisciplinary Perspective. *Dtsch Arztebl Int* 2009;106:821-828.
- Salonia A, Bettocchi C, Carvalho J, Corona G, Jones TH, Kadioğlu A, Martinez-Salamanca JI, Minhas S, Serefoğlu EC, Verze P. European Association Of Urology for Sexual and Reproductive Health. Non-Oncology Guidelines, Management of Erectile Dysfunction 2020; Erişim: <https://uroweb.org/guideline/sexual-and-reproductive-health/#5>
- Shabsigh R, Laumann EO, Lockhart DC, Perelman MA. Drivers and barriers to seeking treatment for erectile dysfunction: a comparison of six countries. *Br J Urol Int*. 2004;94:1055-1065.
- Simopoulos EF, Trinidad AC. Male erectile dysfunction: integrating psychopharmacology and psychotherapy. *General Hospital Psychiatry* 2013;35:33-38.
- Sungur MZ. Cinsel eğitim. *Klinik Psikiyatri* 1998;2:103-108.
- Sungur MZ. Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri* 2004;5:1-5.
- Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi. Bilgilendirme Dosyası 1. Cinsel Yaşam ve Sorunları 2006. Erişim: <https://www.cetad.org.tr/yayinlar/list/35/cinsel-yasam-ve-sorunlari>
- Şahin NH, Batıgün AD, Pazvantoğlu EA. Cinsel işlevlerdeki Sorunlarda Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı ve Öfkenin Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012;23:18-25.
- Tükel AG. Erektıl Disfonksiyon. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2009;2:28-33.
- Watter DN. The Medicalization of Sex Therapy: Better Living Through Chemistry?. *J Ethics Mental Health* 2012;7(Suppl):1-4.
- Yıkılmaz TH, Toksöz S. Erektıl disfonksiyon ve depresyon. *The New Journal of Urology* 2015;10:55-59.