

# Cinsel İşlev Bozuklukları, Depresyon ve Antidepresanlar

Sultan Doğan<sup>1</sup>

## ÖZET:

Cinsel işlev bozuklukları, depresyon ve antidepresanlar

Normal cinsel işlev biyopsikosozyal bir süreçtir. Cinsel sorunların hemen daima organik ve psikolojik bileşenleri vardır ve çok disiplinli değerlendirmeyi gerektirirler. İlişki çatışmaları, stresli yaşam olayları, yetersiz cinsel eğitim, yaşlanma, azalmış testosteron düzeyleri, tıbbi hastalıklar, bazı ilaçlar ve depresif bozukluklar gibi etmenler cinsel işlev bozukluğu oluşmasında rol alabilir. Depresyon eski Mısır çağlarından beri ayrı bir patoloji olarak tanımlanmıştır ve en sık görülen tıbbi hastalıklardan biridir. Depresif mizaç, azalmış istek veya haz, anlamlı miktarda kilo kaybı veya kilo alma, uykusuzluk veya aşırı uyuma, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, halsizlik veya enerji kaybı, değersizlik hissi, düşünme ve odaklanma yetisinde azalma, kararsızlık, yineleyici ölüm düşünceleri, intihar düşüncesi, intihar girişimi veya özgül intihar planları gibi depresif belirtilerin karakteri büyük oranda hastalığın şiddetine bağlıdır. Cinsel işlev bozuklukları sıklıkla depresyonda bulunur ama günümüzdeki sınıflandırma sistemleri depresyon ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkiyi yeterince ele almaz. Depresif bireylerde azalmış cinsel istek en çok bildirilen bozukluk olmasına karşın, kadında vajinal kuruluk ve erkekte sertleşme bozukluğu ile sonuçlanan uyarılma zorlukları ve orgazm yokluğu veya gecikmesi de yaygın rastlanan sorunlardır. Cinsel işlev bozuklukları aynı zamanda antidepresan ilaç tedavisinin sık görülen istenmeyen yan etkisidir ve ilaçların erken kesilmesinin ana nedenlerindedir. Seçici serotonin geri alım engelleyiciler en yaygın kullanılan ve norepinefrin, dopamin ve melatonin sistemlerini etkileyen antidepresanlarla kıyaslandığında uyarılma ve orgazm üzerine anlamlı etkileri olan antidepresan ilaçlardır. Bu yazının amacı depresif hastalarda cinsel işlev bozukluklarını gözden geçirmek ve bu hastalarda cinsel işlev bozukluklarının klinik olarak değerlendirilmesi ve tedavisine odaklanmaktır.

**Anahtar sözcükler:** Cinsellik, cinsel işlev bozukluğu, depresif bozukluk, antidepresanlar, SSGÖ

Journal of Mood Disorders 2011;1(2):81-6

## ABSTRACT:

Sexual dysfunctions, depression and antidepressants

Normal sexual function is a biopsychosocial process; sexual problems almost always has organic and psychological components and requires multidisciplinary evaluation and treatment. Factors such as relationship conflicts, stressful events, poor sexual education, aging, declining testosterone levels, medical illness, certain medications, and depressive disorder can contribute to sexual dysfunctions. Depression is one of the most prevalent medical disorders and has been recognised as a distinct pathologic entity from early Egyptian times. The character of depressive symptoms such as depressed mood, diminished interest or pleasure, significant weight loss or gain, insomnia or hypersomnia, psychomotor agitation or retardation, fatigue or loss of energy, feelings of worthlessness, diminished ability to think or concentrate; indecisiveness, recurrent thoughts of death, suicidal ideation, suicide attempt, or specific plan for suicide depends to a large extent on the severity of the disorder. Sexual dysfunction is often implicated in depression, but current nosology of sexual dysfunction and depression does not adequately address this relationship. Although decreased sexual desire is most often reported, difficulties with arousal, resulting in vaginal dryness in women and erectile dysfunction in men, and absent or delayed orgasm are also prevalent in depressive individuals. Sexual dysfunction is also a frequent undesirable effect of treatment with antidepressants and is one of the major reasons for early medication discontinuation. Selective serotonin reuptake inhibitors are the most widely prescribed antidepressants and have significant effects on arousal and orgasm compared with antidepressants that target norepinephrine, dopamine, and melatonin system. The aim of this paper was to review the phenomenology of sexual dysfunction and to focus on the clinical assessment and therapeutic interventions used for sexual dysfunction in depressed patients.

**Key words:** Sexuality, sexual dysfunctions, depressive disorder, antidepressants, SSRI

Journal of Mood Disorders 2011;1(2):81-6

<sup>1</sup>MD, Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Yüzüncü Yıl Mah. Uğurmumcu Cad., İtfaiye Binası Arkası 59100 Tekirdağ-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Sultan Doğan, Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Yüzüncü Yıl Mah. Uğurmumcu Cad., İtfaiye Binası Arkası 59100 Tekirdağ/Türkiye

Telefon / Phone: +90-282-262-4832

Elektronik posta adresi / E-mail address: sultandogan@yahoo.com

Kabul tarihi / Date of acceptance: 29 Mayıs 2011 / May 29, 2011

## Bağıntı beyanı:

S.D.: Yazar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

## Declaration of interest:

S.D.: The author reported no conflict of interest related to this article.

## GİRİŞ

Cinsel işlevin istek, uyarılma, orgazm ve çözülme olmak üzere iç içe geçmiş dört evresi vardır. İstek evresinin

özelliği cinsel etkinlikle ilgili fantezilerin bulunması ve cinsel ilişkiye girme isteği olmasıdır. Uyarılma erkekte peniste büyüme ve sertleşme, kadında vajinada ıslanma ve kabarma ile kendini gösteren bir evredir. Ayrıca bu

bedensel değişikliklere öznel haz duygusu da eşlik eder. Orgazm evresi ise her iki cinsiyette de cinsel gerilimin boşalması ve perineal kasların ve üreme kaslarının ritmik kasılması ile birlikte cinsel hazzın doruğa ulaşmasından oluşmaktadır. Erkeklerde semenin dışarı atılması ile karakterize boşalmaya orgazm eşlik eder.

Normal cinsel işlev biyopsikososyal bir süreçtir. Depresif bozukluklarda cinsel yanıtın herhangi bir evresinde bozulma meydana gelebilir. En sık görülen sorun cinsel isteğin azalmasıdır ve bu genel isteksizlik haliyle ilişkili olabilir. Ek olarak depresyondaki erkeklerin üçte birinde nokturnal penil tümesans kaybolmuştur ve bu durum depresyonun genital kanlanmayı ya da uyarılma nörofizyolojisini bozabildiğini düşündürür. Depresyona özgül bu bozulmalara rağmen, depresif hastaların cinsel işlevlerini değerlendirirken öncelikle yaş, ilişki durumu ve bedensel hastalıklar gibi cinsel işlevle ilişkili diğer etmenler mutlaka dikkate alınmalıdır (1).

Depresyon ve cinsel işlev bozuklukları (CİB) oldukça sık olarak birlikte görülmelerine karşın aralarındaki ilişki net değildir ve bu durumu açıklamak için 5 model öne sürülmüştür: Birincisi, yatkın bireylerde CİB'in değişmez bir bileşeni olan psikososyal stres depresif bozukluğu başlatıyor olabilir. İkincisi CİB depresyonun bir belirtisi olabilir. Üçüncüsü, antidepresan ilaçlar CİB yapabilir. Dördüncüsü, yaygın bir etken (örneğin alkol, tütün, kardiyovasküler hastalık ya da hipogonadizm) her iki hastalığın da etyolojisinde rol oynuyor olabilir. Beşincisi, hem depresyon hem de CİB çok yaygın olarak görüldüklerinden durum etyolojik olarak ilişkisiz olabilir ve yalnızca ek hastalık söz konusu olabilir (1).

### Cinsel İşlev Bozukluklarının Toplumda Yaygınlığı

Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan büyük bir toplum çalışmasında kadınların %40'dan fazlasında, erkeklerin %30'unda değişik tiplerde CİB saptanmıştır. Kadınlarda cinsel isteksizlik (%22) ve erkeklerde erken boşalma (%21) en sık görülen bozukluklardır. Ayrıca kadınların dörtte birinde orgazm bozukluğu, beşte birinde vajinada yeterli ıslanma olmadığı bulunmuştur (2). Kadınlarda CİB yaygınlığı yaşla, vasküler hastalıklar için risk etmenlerinin varlığıyla ve menopoza artmaktadır (3,4). Kadınlarda CİB yaygın olmasına karşın klinisyene nadiren bildirilmekte ve çoğunlukla tedavisiz kalmaktadır (2). Yaşlanmaya eşlik eden bir belirti olarak erkeklerde 40-70 yaşlarında sertleş-

me bozukluklarının sıklığı artmakta ve erkeklerin yarısında sertleşme bozukluğu görülmektedir. Diabetik, hiperlipidemik, sigara kullanan, hipertansif ve kalp hastası olan erkeklerde sertleşme bozukluğu yaygınlığı artmaktadır (5). Sekiz Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada ise kadınların %34'ünde, erkeklerin %15'inde cinsel isteksizlik olduğu belirlenmiştir (6). Ülkemizde cinsel işlev bozukluklarının yaygınlığını belirleyen epidemiyolojik bir çalışma bulunmamakla birlikte, Konya'da normal popülasyonda yapılan bir araştırmada CİB görülme sıklığı kadınlarda vajinismus %15, anorgazmi %5 ve erkeklerde sertleşme bozukluğu %14, erken boşalma %29 oranlarında saptanmıştır (7).

### Cinsel İşlev Bozukluklarının Depresif Popülasyonda Yaygınlığı

Genel popülasyonla kıyaslandığında depresyon hastalarında daha yüksek oranda CİB görüldüğü ile ilgili yaygın bir fikir birliği vardır (8-10). İsviçre'de yapılan bir çalışmada depresyon hastalarında CİB yaygınlığı normal kontrol grubundan iki kat fazla bulunmuştur (%50'ye karşı %24) (8). Erkeklerin %40'ında ve kadınların %50'sinde olmak üzere tedavi edilmemiş depresyon hastalarında en sık görülen CİB cinsel istekte azalmadır (8). Daha az oranda erkekte sertleşme/boşalma bozuklukları (%22) ve kadında orgazm bozukluğu görülmektedir (%15) (8). Hem tedavi edilmiş hem de tedavi edilmemiş depresyon hastalarını içeren bir çalışma da benzer sonuçlar vermiştir ve depresyon hastalarının üçte ikisinden fazlasında cinsel isteksizlik saptanmıştır (11). Bununla birlikte, uyarılma ve orgazm bozukluklarının yaygınlığı açısından bakıldığında tedavi edilmemiş depresif hastalar ile normal kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (12). Ayrıca depresyonun şiddetinde, süresinde, yinelemesinde artış ile CİB arasında da bir ilişki vardır (9,11,13). Depresyon ve CİB arasındaki ilişkide kişilik boyutlarının da etkisi olabilmektedir ve yüksek nörotiklik kadınlarda uyarılma ve orgazm zorluklarıyla ilişkili bulunmaktadır (4,14).

CİB ile depresyon arasındaki ilişki iki yönlü görünmektedir. Örneğin bir erkekte sertleşme bozukluğuna ikincil depresyon gelişebileceği gibi depresyona ikincil sertleşme bozukluğu da gelişebilir. Birindeki kötüleşme diğerini de bozabileceği gibi birinin düzeltilmesi diğerinin de düzelmesini sağlayabilmektedir.

### DSM IV-TR'ye Göre Başlıca Cinsel İşlev Bozuklukları

DSM IV-TR'ye göre cinsel işlev bozuklukları cinsel istekteki ve cinsel yanıt döngüsünü oluşturan psikofizyolojik değişikliklerdeki bozulma ile belirlidir ve belirgin sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur (15):

**Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu:** Bozukluğun başlıca özelliği cinsel fantezilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması ya da hiç olmamasıdır. Azalmış cinsel istek genelleşmiş olabilir ve tüm cinsel dışavurumları kapsar ya da durumsal olabilir ve bir eş ile ya da özgül bir cinsel etkinlikle sınırlı olabilir. Birey çoğu zaman cinsel etkinliği başlatmaz, eş tarafından başlatıldığında ise gönülsüzce katılır. Cinsel etkinlik sıklığı çoğu kez düşük olsa da eşten gelen baskı ya da cinsel olmayan gereksinimler (fiziksel rahatlama, duygusal yakınlık kurma) cinsel ilişki sıklığını artırabilir. Düşük cinsel ilgi sıklıkla cinsel uyarılma sorunları ya da orgazm zorlukları ile ilişkilidir. Cinsel isteksizlik birincil işlev bozukluğu olabilir ya da uyarılma veya orgazm bozukluğu tarafından başlatılan emosyonel bir sıkıntının sonucu olabilir. Genel tıbbi durumlar cinsel istek üzerine güçsüzlük, ağrı, beden imgesinin bozulması ya da hayatta kalabilme kaygılarına bağlı olarak özgül olmayan zedeleyici etki gösterebilirler. Depresif bozukluklar sıklıkla cinsel isteksizlikle ilişkilidirler, önce depresyon veya cinsel isteksizlik başlayabilir ya da her ikisi birlikte bulunabilir.

**Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu:** Bozukluğun başlıca özelliği, sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde cinsel uyarılmanın yeterli bir kabarma-ıslanma tepkisini sağlayamaması ya da cinsel etkinlik bitene kadar bunun sürdürülememesidir. Uyarılma tepkisi pelvisteki damarlarda dolgunluk, vajinal ıslaklık ve genişleme ve dış genital organlarda kabarmadan oluşmaktadır.

**Erkeklerde Sertleşme Bozukluğu:** Bozukluğun başlıca özelliği, sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde yeterli bir sertleşme sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene kadar bunu sürdürememesidir. Farklı erektil işlev bozukluğu örüntüleri tanımlanmaktadır. Bazı bireyler cinsel yaşamlarının başlarından itibaren herhangi bir sertleşme elde edemediklerini bildirirler. Diğerleri önce yeterli bir sertleşme elde ettiklerini ve penetresyona girince sertleşmelerini kaybettiklerini ifade ederler. Bazıları ise yeterince sert bir sertleşme sağladıklarını ama birleşme öncesi veya birleşme sırasında bu sertliklerini kaybettiklerini bildirirler. Bazı erkekler de yalnızca mastürbasyon sırasında

veya uykudan uyanırken sertleşme olabildiklerini belirtirler. Sertleşme bozuklukları sıklıkla anksiyete, başarısız olma korkusu, cinsel performans konusunda kaygılar, öznel cinsel uyarılma ve haz duygularında azalma ile ilişkilidir. Bu bozukluk azalmış cinsel istek bozukluğu ve erken boşalma ile ilişkili olabilir.

**Kadında Orgazm Bozukluğu:** Kadında orgazm bozukluğunun başlıca özelliği, olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde gecikmesi ya da hiç olmamasıdır. Kadında orgazm yetisi cinsel deneyimle arttığı için, genç kadınlarda orgazm bozukluğu daha yaygındır. Çoğu kadında orgazm bozukluğu edinilmiş olmaktan ziyade yaşam boyudur. Bir kez kadın nasıl orgazm olacağını öğrendikten sonra araya kötü cinsel iletişim, ilişki çatışması, travmatik yaşantı (örn. tecavüz) ya da genel tıbbi bir hastalık veya ilaç girmedikçe bu yetisini kaybetmesi beklenmez.

**Erkeklerde Orgazm Bozukluğu:** Erkeklerde orgazm bozukluğunun başlıca özelliği, olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde gecikmesi ya da hiç olmamasıdır. Orgazmın gecikip gecikmediği yargısına varırken, klinisyen kişinin yaşını ve uyarılmanın odak, yoğunluk ve süre olarak yeterli olup olmadığını dikkate almalıdır. Erkeklerde orgazm bozukluğunun en yaygın türünde, eşinin manüel ya da oral uyarması sonucu ejakülasyon olabilsede erkek cinsel birleşme sırasında orgazma ulaşamaz. Bazı erkekler çok uzamış ve yoğun koital olmayan bir uyarılma sonrasında ancak koital orgazma ulaşabilirler. Bazıları yalnızca mastürbasyonla ejakülasyon yaşayabilirler. Daha küçük bir alt grup ise yalnızca erotik bir düşünce uyandırdığında orgazm yaşayabilir.

**Prematür /Erken Boşalma:** Erken boşalmanın başlıca özelliği sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde çok az bir cinsel uyarılma ile ve kişinin istemesinden önce vajinaya girmeden önce, girer girmez ya da hemen sonra orgazmın ve boşalmanın olmasıdır. Tanıda yaş, cinsel eşin yeni olup olmaması, cinsel etkinlik sıklığı gibi birçok etken dikkate alınmalıdır. Bu bozukluğu olan erkeklerin büyük çoğunluğu mastürbasyon sırasında orgazmı cinsel birleşme sırasındaki orgazma göre makul bir süre boyunca erteleyebilirler.

### Cinsel Ağrı Bozuklukları

**Disparoni:** Disparoninin başlıca özelliği cinsel ilişkiye eşlik eden ağrıdır. En yaygın olarak cinsel birleşme sıra-

sında görülürse de cinsel birleşmeden önce veya sonra da ortaya çıkabilir. Bozukluk hem kadınlarda hem de erkeklerde görülebilir.

**Vajinismus:** Vajinismusun başlıca özelliği vajinal penetrasyon penis, parmak, tampon ya da spekulum ile denendiği zaman, vajinayı çevreleyen perineal kaslarda yineleyici ya da sürekli bir biçimde istemsiz kasılma olmasıdır. Bazı kadınlarda vajinal giriş beklentisi bile kas spazmi ile sonuçlanabilir. Kasılma çok az gerginlik oluşturabileceği gibi penetrasyonu engelleyecek şiddette olabilir.

### Antidepresanların Cinsel İşlevlere Etkileri

Antidepresanların çoğunun cinsel yan etkileri vardır ve bu yan etkiler hastaların tedavi memnuniyetini büyük ölçüde etkiler. Tedaviyi yarım bırakma ve depresyonun yineleme nedenleri arasında antidepresan ilaçların cinsel yan etkiler en ön sıralardadır. Cinsel yan etkilere bağlı yaşam kalitesinde ve ilişki doyumunda da azalma olur (16). Antidepresanlar cinsel isteği azaltabilirler ki, bunu depresyonda meydana gelen cinsel isteksizlikten ayırt etmek güçtür. Benzer şekilde antidepresanlar uyarılma evresini bozabilirler ve örneğin erkekte sertleşme bozukluğu ortaya çıkabilir. Ancak depresyonun kendisi ve mevcut risk faktörleri de sertleşme bozukluğu ile ilişkili olabilir. Ek olarak antidepresanlar orgazmı geciktirerek gevşeme evresine geçmeyi zorlaştırırlar.

Kontrollü çalışmalar, seçici serotonin geri alım önleyici (SSGÖ) ilaçların (sitalopram, essitalopram, fluvoksamin, fluoksetin, paroksetin ve sertraline) kullanan hastalarda %60'a varan oranlarda CİB olduğunu göstermektedir (18-30). Sitalopram, essitalopram, fluoksetin ve paroksetin ile CİB yaygınlığı %40-%70 arasında değişmektedir. SSGÖ kullanımına bağlı cinsel isteksizlik ve sertleşme bozuklukları oranları genel popülasyondan pek de farklı değilken genel toplumda fazla görülmeyen erkekte boşalmada gecikme, kadında orgazm bozukluğu ise anlamlı oranda yüksektir (16,29,30). SSGÖ kullanımının neden olduğu boşalma gecikmesi, ejakülasyon inhibisyonu yapan 5-HT2 reseptör aktivasyonuna bağlanmaktadır. Bu aktivasyon genital duyum eşliğini yükseltmekte ve genital uyuma yaşantısı oluşturmaktadır. Ancak örneğin paroksetin kullanımına bağlı olarak gelişen CİB ayrıca kolinerjik reseptör blokajı ve nitrik asit sentaz inhibisyonu ile de ilişkili olabilir (3). Yakın geçmişte Kennedy ve Rizvi CİB, depresyon ve antidepresanların etkisi ile ilgili yayınladıkları

derlemede, birincil olarak noradrenerjik etkili olan reboksetinin, hem noradrenerjik hem de serotonerjik duloksetin, venlafaksin ve desvenlafaksin SSGÖ etkili antidepresanlardan daha az cinsel yan etkisi olduğunu; noradrenerjik etkisi daha baskın olan milnasipranın ise hem cinsel isteği düzelttiğini hem de depresif belirtileri azalttığını; noradrenerjik-serotonerjik etkili mirtazapinin postsinaptik 5-HT1A agonistik ve presinaptik 5HT2 ve 5HT3 antagonist etkiyle cinsel yan etkileri engellediğini bildirmektedir (3). Ayrıca Özmenler ve arkadaşları SSGÖ ile oluşan CİB'in tedavisinde, mirtazapine geçildiğinde 8 hafta sonunda %50 oranında düzelme olduğunu bildirmektedir (31).

### Antidepresana Bağlı Cinsel İşlev Bozukluklarının Tedavisi

Antidepresana bağlı CİB nedeni ile ilacını bırakan veya dozunu azaltan hastaların oranı göz önüne alındığında, hastaların verilen antidepresan ilacın cinsel yan etkisi olduğunda başka tedavi seçeneklerinin varlığı konusunda bilgilendirilmesi önem kazanır. Hastalara ilaca bağlı CİB oluştuğunda tedaviyi bırakmak yerine başka seçenekleri araştırmak için yeniden gelmeleri söylenmelidir. SSGÖ-ilişkili CİB tedavisinde seçenekler şöyle sıralanabilir:

1. Dozu azaltmak
2. İlaç tatili vermek
3. Tolerans gelişmesi için beklemek
4. Cinsel yan etkisi olmayan bupropion, mirtazapin, nefazodon gibi bir ilaca geçmek
5. Antidot ilaç eklemek

Antidot ilaçlar arasında alfa2 adrenerjik antagonist yohimbin, 5-HT2 reseptör antagonistleri nefazodon, mirtazapin ve siproheptadin, 5-HT3 reseptör antagonisti granisetron, dopamin agonistleri amantadin ve bupropion, psikostimulanlar, gingo biloba ve sildenafil sayılabilir. Bu ajanların çoğunun başarısı ile ilgili veriler son derece sınırlıdır. Kontrollü olmayan çalışmalarda bu ajanlarla yanıt oranları %50'nin üzerinde olmakla birlikte, iyi düzenlenmiş kontrollü bir çalışmada amantadin ve bupropion plasebodan üstün bulunmamıştır. Özgül olarak sertleşme bozukluğu gibi bir CİB açısından tedavi seçeneklerine bakıldığında PDH-5 inhibisyonu yapan sildenafil, tadalafil, vardenafil gibi bir ilacın kullanılması yönünde ise giderek artan kanıtlar vardır. Bu grup ilaçlar

tek başına veya antidepresan ilaca ekleme yoluyla kullanılabilirler (32-33).

### Sonuç ve Öneriler

CİB ve depresyon arasındaki ilişki karmaşık, iki-yönlü ve nedensel olarak yeterince net değildir. CİB hem depresyonun bir belirtisi ve hem de pek çok antidepresanın yan etkisidir. İstek, uyarılma ve orgazmda azalma şeklinde ortaya çıkabilir. Antidepresan ilaçlara bağlı CİB hasta tarafından tedaviyi sonlandırmanın ana nedenlerinden olduğundan depresyonun yinelemesi ve alevlenmesi için risk etmeni olarak kabul edilmelidir. Klinisyen en uygun

antidepresan ilaca başlamaya karar vermeden önce depresif hastadaki cinsel işlevleri ayrıntılı olarak ele almalıdır. Yaş, ilişki durumu ve depresyon dışındaki tıbbi hastalıklar değerlendirilmelidir. Depresyon tedavisine en üst düzeyde yanıt alınan ve hasta tarafından cinsel yan etki dışında önemli bir yan etkinin bildirilmediği durumlarda geleneksel cinsel tedavi tekniklerinin yararlı olabileceği unutulmamalıdır. Özellikle yalnızca orgazmın geciktiği durumlarda cinsel uyarılmanın artırılmasına yönelik tekniklerle ilgili olarak çiftlerin eğitilmesi önem kazanmaktadır. Erkeklerde sertleşme bozukluğu olduğunda ek olarak PDH-5 inhibitörünü yapan ilaçları tedaviye eklemek uygundur.

### Kaynaklar:

- Seidman SN, Roose SP. Sexual dysfunction and depression. *Curr Psychiatry Rep.* 2001;3:202-208.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281:537-544.
- Kennedy SH, Rizvi S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *J Clin Psychopharmacol.* 2009;29:157-64.
- Kennedy S, Dickens S, Eisfeld B, et al. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord.* 1999;56:201-208.
- Araujo AB, Durante R, Feldman HA, et al.: The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: Cross sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosom Med.* 1998;60:458-465.
- Moreira ED, Glasser DB, Nicolosi A, et al. Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. *BJU Int.* 2008;101:1005-1011.
- Yılmaz E. Cinsel sorunlar ve tutumlar üzerine bir epidemiyolojik araştırma. First National Congress of Association of Cognitive and Behavioral Therapy Abstract Book, 2007, İstanbul. s80.
- Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. *Int Clin Pharmacol.* 1998;13:S1-S4.
- Casper R, Redmond D, Katz M, et al. Somatic symptoms in primary affective disorder. Presence and relationship to the classification of depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1985;42:1098-1104.
- Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, et al. What is the "true" prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *J Sex Med.* 2008;5: 777-787.
- Bonierbale M, Lançon C, Tignol J. The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. *Curr Med Res Opin.* 2003;19:114-124.
- Mathew R, Weinman M. Sexual dysfunctions in depression. *Arch Sex Behav.* 1982;1:323-328.
- Cyranowski JM, Bromberger J, Youk A, et al. Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Arch Sex Behav.* 2004;33:539-548.
- Chen KC, Yang YK, Lee IH, et al. Sexual dysfunction and physicians' perception in medicated patients with major depression in Taiwan. *Depress Anxiety.* 2008;25:56-62.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) DSM-IV-TR Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı, 2. Cilt, dördüncü baskı, (Çev Ed. E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007. S.777-842.
- Rosen RC, Lane RM, Menza M: Effects of SSRIs on sexual function: a critical review. *J Clin Psychopharmacol.* 1999;19:67-85
- Kennedy S, Fulton K, Bagby R, et al. Sexual function during bupropion or paroxetine treatment. *Can J Psychiatry.* 2006;51: 45-52.
- Montejo A, Llorca G, Izquierdo J, et al. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. *J Clin Psychiatry.* 2001;62:10-21.
- Akpafflong MJ, Wilson-Lawson M, Kunik ME. Antidepressant-associated side effects in older adult depressed patients. *Geriatrics.* 2008;63:18-23.
- Baldwin D, Bridgman K, Buis C. Resolution of sexual dysfunction during double-blind treatment of major depression with reboxetine or paroxetine. *J Psychopharmacol.* 2006;20:91-96.
- Baldwin D, Cooper J, Huusom A, et al. A double-blind, randomized, parallel-group, flexible-dose study to evaluate the tolerability, efficacy and effects of treatment discontinuation with escitalopram and paroxetine in patients with major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 2006;21:159-169.
- Clayton A, Keller A, McGarvey E. Burden of phase-specific sexual dysfunction with SSRIs. *J Affect Disord.* 2006;91:27-32.
- Delgado P, Brannan S, Mallinckrodt C, et al. Sexual functioning assessed in 4 double-blind placebo- and paroxetine-controlled trials of duloxetine for major depressive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2005;66:686-692.

24. Dunn JA, Arakawa R, Greist JH, et al. Assessing the onset of antidepressant-induced sexual dysfunction using interactive voice response technology. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:525-532.
25. Landen M, Hogberg P, Thase M. Incidence of sexual side effects in refractory depression during treatment with citalopram or paroxetine. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:100-106.
26. Michelson D, Schmidt M, Lee J, et al. Changes in sexual function during acute and six-month fluoxetine therapy: a prospective assessment. *J Sex Marital Ther*. 2001;27:289Y302.
27. Papakostas GI. Tolerability of modern antidepressants. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:8-13.
28. Waldinger M, Zwinderman A, Olivier B. Antidepressants and ejaculation: a double-blind, randomized, fixed-dose study with mirtazapine and paroxetine. *J Clin Psychopharmacol*. 2003;23:467-470.
29. Balon R. Sexual functioning with selective serotonin reuptake inhibitors. *Am J Psychiatry*. 1999;156:807-808.
30. Ashton AK, Rosen RC. Accommodation to serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther*. 1998;24:191-192.
31. Ozmenler NK, Karlidere T, Bozkurt A, et al. Mirtazapine augmentation in depressed patients with sexual dysfunction due to selective serotonin reuptake inhibitors. *Hum Psychopharmacol*. 2008;23:321-326.
32. Balon R. Sildenafil and sexual dysfunction associated with antidepressants. *J Sex Marital Ther*. 1999;25:259-264.
33. Ashton AK, Rosen RC. Bupropion as an antidote for serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:112-115.