

Psikojenik nedenli erektil disfonksiyon

Uzm. Dr. Filiz Kulacaoglu

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

Eretil disfonksiyon'un (ED) Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-5 tanı kılavuzuna göre tanımı; en az 6 ay süreli olarak cinsel ilişkilerin tümünde veya neredeyse tümünde cinsel etkinlik sonuçlanana kadar sertleşmeyi sağlayamama ve sürdürmemeye veya yetersiz sertleşmenin olmasıdır. Bu bozukluğun belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olması gerekir (1).

ED'nin sıklığı MMAS (Massachusetts Male Aging Study)'e göre 40–70 yaşları arasındaki erkeklerde %52'dir (2). İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise 30–80 yaşları arasındaki erkeklerde ED yaygınlığı %19, yaşamın herhangi bir diliminde benzeri bir sorunla 1–2 kez karşılaşanların oranı %70–75 olarak belirtilmektedir (3). Türk Androloji Derneği'nin yaptığı araştırmaya göre Türkiye'de 40 yaş üzerinde %69.2 oranında ED görülmektedir (4). ED'nin ortaya çıkmasında ve sürmesinde çok sayıda birbiriyle ilişkili etkenin var olduğu bilinmektedir. Bu etyolojik nedenler organik, psikojenik ve mikst tip olmak üzere üçe ayrılmaktadır (3). ED'de psikojenik ve organik nedenlerin birçok vakada içe içe olması ayırıcı tanıda zorluklar yaratabilmektedir. Organik bir nedene bağlı olarak ortaya çıkan ED genellikle kişide performans anksiyetesi yol açarak hastalığın daha da ilerlemesine yol açar (5). ED'nin organik nedenleri arasında diabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi, metabolik sendrom, kalp-damar hastalıkları, epilepsi, multipl skleroz, Parkinson hastalığı, hiperprolaktinemi, hipo-hipertiroidi, hipogonadizm, epilepsi, kronik-malign hastalıklar, ilaç kullanımı, alkol-madde kullanımını sayılabilir (6,7). Psikojenik nedenler ise performans anksiyetesi, olumsuz bilişsel inanışlar, kişilik bozuklukları (obsesif, narsistik, bağımlı, vb), depresyon, anksiyete bozuklukları ve psikotik bozukluklardır (5,8). Bu derlemede ED'nin psikojenik kaynaklı nedenleri özetlenecek ve psikiyatride bu hastalığın tedavisi için önerilen yöntemler tartışılacaktır.

Eretil disfonksiyonu olan hastaya psikiyatrik yaklaşım

ED şikayetiyle gelen hastadan öncelikle detaylı bir

anamnez alınması gerekmektedir. Ereksiyon sorununun ilk cinsel aktiviteden itibaren mi mevcut olduğu, yoksa tetikleyici bir olaydan sonra mı ortaya çıktığı sorgulanmalıdır. Cinsel isteksizliğe, erken boşalmaya, partnerinin cinsel işlev bozukluğuna (örn. vajinismus) ve evlilik sorunlarına ikincil olarak ED ortaya çıkabilir. Bunu takiben ED'nin hangi zamanlarda ortaya çıktığı sorgulanır. Şayet ereksiyon problemleri her zaman ve her partnerle ortaya çıkıyorsa, bu durum cinsel işlev bozukluğunun yaygın nitelikte olduğunu düşündürür. Bunun aksine ED'nin akut olarak ortaya çıkması ve partnere, cinsel etkinliğe, cinsiyete, zamana, mekana bağlı olarak değişkenlik göstermesi psikojenik bir etiyolojiye işaret eder. Sabah ereksiyonlarının yeterli kalitede olması da ED'nin daha çok durumsal olarak görüldüğünü ve etiyolojinin psikojenik olduğunu telkin eder (9). Durumsal olan ED hastalarında bu durumun partnere, cinsel etkinliğe, cinsiyete, zamana ve mekana mı özgü olduğu sorgulanmalıdır. Yaygın olan ED nedenleri içerisinde organik nedenler, eşcinsellik, ağır kronik psikojenik problemler yer almaktadır (8).

Eretil disfonksiyonun psikojenik nedenleri

ED nin psikojenik nedenleri; hazırlayan nedenler, tetikleyen nedenler ve sürdürücü nedenler olarak 3 grupta incelenebilir (5,8). Hazırlayan nedenler arasında cinsel bilgi eksikliği, cinsel mitler, yetiştiriliş biçimi, travmatik cinsel deneyimler, baskıcı aile ortamı ve ensest ilişkiler sayılabilir. Bir çocuğun ailesinin cinselliği ve kişisel ilişkilere bakış açısı psikoseksüel gelişim üzerine etkilidir. Bazı ailelerde cinsellik tabu olduğundan çocuk tarafından ayıp veya günah olarak nitelendirilebilir (10). Yetiştiriliş tarzı kadar cinsellikle ilgili yanlış inanışlar da ereksiyon sorununda önemli yer tutar. Örneğin erkek cinsel ilişkiyi her zaman ister ve her zaman buna hazırdır. Bu nedenle cinsellikte başarıya ulaşmak erkek için çok önemlidir ve erkek partner cinsel ilişkinin sorumluluğunu üstlenerek kendini ilişkiyi yönetmek zorunda

hisseder. Sevişmenin cinsel birleşmeden ibaret olduğu ve mutlaka cinsel organda sertleşmeyi gerektirdiği gibi inanışlar sıklıkla bu hastalarda karşımıza çıkar (11). Cinsel öykü alırken bu mitlerin sorgulanması, bu tarz yanlış inanışların düzeltilmesi ve cinsel eğitim verilmesi hastanın tedavisinde önemli yer tutar.

ED'yi tetikleyen nedenler arasında ise çift ilişkisinin dinamikleri önemli yer tutar (12). Çiftler arasındaki iletişim sorunları, çatışmalar, evlilik dışı ilişkinin olması, güven problemleri, yakınlık duygusundaki zedelenmeler ve çiftler arasındaki cinsel çekimin yetersiz olması sertleşme problemini tetikleyebilir. Bununla birlikte kişide birden fazla cinsel sorunun olması (erken boşalma, cinsel isteksizlik gibi), partnerde başka bir cinsel sorun olması (vajinismus gibi), pornografi bağımlılığı ve bağlanma korkusu da tetikleyici faktörler arasındadır. Bunun dışında iş kaybı veya göç gibi stresör yaşam olayları, yaşlanma kaygısı ve sağlıkla ilgili kaygılar da bu durumun ortaya çıkmasında etkilidir (13).

Psikojenik ED'yi sürdürücü nedenler arasında sertleşme problemi başladıktan sonra ortaya çıkan performans anksiyetesi sayılabilir. ED olan hastalarda cinsel birleşmenin olup olamayacağına yönelik düşünce tüm cinsel aktiviteyi baskılayabilir. Bu anksiyete nedeniyle sertleşme bozukluğu devam eder ve bu durum performans anksiyetesini daha da artırır (14). Bununla birlikte depresyon, alkol-madde bağımlılığı, özellikle narsistik kişilik bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluk da ED'nin sürdürücü nedenleri arasındadır (15). Narsistik kişiler başkaları onlara hayran oldukları sürece kendilerini anlamlı ve değerli hissettiklerinden eleştiriye aşırı duyarlıdır ve ereksiyon problemini çok ağır biçimde yaşayabilirler. Öz güvenleri zayıflayan narsistik kişilerde bu durum performans anksiyetesini çok fazla arttırmaktadır (16). Obsesif kişilerin ise sıklıkla belirli sevişme ritüelleri vardır. Haftanın belirli günlerinde, belirli bir düzen ve plan dahilinde sevişmek isteyebilirler ve kontrolünü yitirme korkusuyla beliren performans anksiyetesi çok sık görülür (17). Depresyonda olan kişilerde ise istek ve motivasyon kaybına eşlik eden cinsel istekte azalma ve zevk alamama görülür. İleri yaşta erektil disfonksiyon problemi olan erkeklerde vasküler hastalıkların yanı sıra depresyonun da çok fazla görüldüğü unutulmamalıdır (18).

Tedavi yaklaşımları

ED için ilk basamak tedavi önerilerinde oral erektojenik ilaçlara ek olarak çift ve/veya cinsel terapi yer alır. İkinci ba-

samak tedaviler arasında ise intrauretral alprostadil uygulaması ve intrakavernosal self-injeksiyon sayılır. Eğer hasta bu tedavilerden fayda görmüyorsa üçüncü basamak tedavide penis protezlerin implantasyonu gerekir (9,19).

Hastanın psikojenik nedenli erektil disfonksiyonu mevcutsa, cinsel terapiye uygunluğu değerlendirilir. Performans anksiyetesi bulunan, partneriyle cinsel uyumu olan, cinsellikle ilgili olumsuz bilişler veya dini inanışlara bağlı suçluluk duygularına sahip erkekler cinsel terapi için uygun adaylardır. Cinsel ya da fiziksel bir taciz öyküsü varsa veya çift ilişkisinde güç, kontrol ve yakınlık sorunları mevcutsa da ED yakınması olan hasta cinsel terapiye yönlendirilmelidir. Hasta partneriyle beraber ilk değerlendirmeden geçtikten sonra cinsel terapiye alınmakta ve haftada bir cinsel terapi uygulanarak iyileşmeleri ortalama 1-4 ay sürmektedir (5,20).

Cinsel terapide temel varsayım; cinsel ilişki sırasında oluşan kaygının hastanın erektil tepkisini sekteye uğrattığı ve bu nedenle bu kaygının azaltılması gerektiğidir (21). İlk olarak hastaya cinsel eğitim verilerek cinsel anatomi, fizyoloji ve cinsel işlevler konusunda bilgilendirme yapılması gerekir. Böylece cinsel mitlerin tartışılması ve düzenlenmesi sağlanabilir. ED'ye sebep olan durumsal nedenlerin anlaşılması ve yaşla birlikte olan fizyolojik değişikliklerin (yaşla birlikte refrakter dönemin uzayacağı, sertleşme düzeyinin değişeceği, sertleşme için daha fazla uyarılmaya ihtiyaç duyulacağı) belirtilmesi gerekir. Sadece bunların konuşulması bile hastanın yanlış inanışlarının değişmesine ve şikayetlerinin azalmasına neden olabilir.

Özellikle ED hastaları için anksiyete azaltma teknikleri cinsel terapinin temelini teşkil eder (22). Hasta ve eşi ile görüşülerek cinsel birleşme yasağı getirilir ve duyumsal odaklanma (sensitive focus) ödevleri verilir (22). Birleşme yasağından sonra hastanın anksiyetesinde önemli oranda çözüme olur. Performans baskısını ortadan kaldırarak başarısızlık korkusunun azalmasını sağlayan ve haz almayı arttıran bir ortam yaratılır. Erkek genelde bu ortamda spontane ereksiyonlar yaşar. Böylece birleşmeye, sertleşmeye ve başarıya odaklı cinsellik terk edilmiş olur. Haz duygusunu yeniden tecrübe eden erkek partner ile aktif cinsel yaşamın yeniden başlaması, diğer partnerin de motivasyonunu artırır ve çiftin ilişkisini güçlendirir. Duyumsal odaklanma ödevleriyle cinsellikten haz alma, duyumlara odaklanma, kendini ve partnerini tanıma, uyarı tekniklerini keşfi ve ön sevişme alışkanlığı öğrenilir (23).

Daha sonraki aşamalarda masturbasyon ödevlerine geçilir. Erkeğin uyarılma sırasında erotik fanteziye odaklanması önerilebilir. Bu egzersizler sırasında sertleşme olduğunda hastaya penis başının hemen altından, üstten ve alttan tutularak sertleşme sönene dek sıkma ödevi verilir. Her sertleşme olduğunda hastadan bu sıkmanın yapılması ve ereksiyonun kaybedilmesi istenir. Böylelikle uyaran verildiği müddetçe ereksiyonun sevişme esnasında kaybedilip tekrar olabileceği hastaya gösterilmesi ve kaygının azaltılması amaçlanır. Özellikle ereksiyonu kaybettikleri takdirde yeniden sağlayamayacaklarını obsesif bir şekilde düşünen hastalarda bu ödev kaybolan morali tekrar yerine getirmektedir. Ödevlerin haftada en az 3–4 defa yapılması gerekir. Eğer ödev sırasında boşalma gerçekleşirse ödevde devam etmemeleri bildirilir. Ayrıca vajina dışı orgazm egzersizleri sırasında kadın partner, klitoral uyarıyla orgazm olursa, erkek partner cinsel doyumunun kendi sertleşmesine bağlı olmadığını görür ve performans kaygısı daha da azalır. Vajina dışı orgazmdan sonra sıra orgazmsız cinsel birleşme aşamalarına gelir. ED tedavisinde ilk cinsel birleşme deneyimi hassas ve önemli bir dönüm noktasıdır. Hastanın performans anksiyetesi bu aşamada doruk noktaya çıkabileceği için bu

egzersiz de aşamalı şekilde uygulanır. Bir ön sevişme döneminden sonra kadının üstte yer aldığı pozisyonda, sertleşmiş penisin vajene dik tutulması ve aşamalı vajina girişi planlanır. Ön sevişme ile sertleşme sağlanır, sertleşme kaybı olursa sevişmeye devam edilerek tekrar sertleşme sağlanır ve penis başı girişi uygulanır. Daha sonra aynı egzersiz, penis gövde yarısı ve tam penisle tekrarlanır. Ardında çift ejakülasyon olmadan birbirinden ayrılır. Bir sonraki sevişmede bu sefer erkek orgazm olana kadar gidip gelmeye devam edebilir. Bu şekilde talepkar, baskıcı ve başarı yönelimli ilişkilendirmeler yavaş yavaş ortadan kaldırılır (23–25).

Sonuç

Cinsel terapinin temel stratejisi; erotik faktörleri güçlendirmek ve hastanın cinsel tepkisini inhibe eden etkenleri azaltmaktır. Özellikle durumsal ED'si olan hastaların büyük bir çoğunluğu 4-10 terapi seansından sonra bu problem-den kurtulmaktadır. İşbirliği içinde olan bir partner varlığında prognoz daha da iyileşir. Tek başına psikoterapinin yeterli olmadığı dirençli vakalarda veya tedavi sürecini hızlandırmak amacıyla farmakolojik ajanlar da kullanılabilceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. America Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*. Arlington, VA. 2013.
2. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of urology*. 1994;151(1):54–61.
3. Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M, Engelmann U. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. *International journal of impotence research*. 2000;12(6):305–11.
4. Akkus E, Kadioglu A, Esen A, Doran S, Ergen A, Anafarta K, et al. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Turkey: a population-based study. *European urology*. 2002;41(3):298–304.
5. Kaplan H. *The Psychosexual Evaluation*. Kaplan HS(ed). *The Evaluation of Sexual Disorders*. New York, Brunne/Mazel inc. 1983/23–25.
6. Shamloul R, Ghanem H. Erectile dysfunction. *Lancet*. 2013;381(9861):153–65.
7. Simopoulos EF, Trinidad AC. Male erectile dysfunction: integrating psychopharmacology and psychotherapy. *General hospital psychiatry*. 2013;35(1):33–8.
8. Melnik T, Abdo C.G. Psychogenic erectile dysfunction. *Comparative study of three therapeutic approaches*. *J Sex Marital Ther*. 2005;31:243–255.
9. Lue TF, Broderick, 6: *Evaluation and Nonsurgical Management of Erectile Dysfunction and Priapism*. Compell's Urology. WB Saunders Company, 1995.
10. Zilbergeld B. *Male Sexuality*. Boston: Little Brown. 1978.
11. Lavee Y. Western and Nonwestern Human Sexuality: Implications for Clinical Practise. *Journal of Sexual and Marital Therapy*: 17(3): 203–213.1991.
12. McCabe M, Althof S, Asslian P, Chevret-Measson M, Leiblum S, Simonelli C. Psychological and interpersonal dimenssons of sexual function and dysfunction. *J Sex Med*. 2009;7:327–336.
13. Besharat M. Management strategies of sexual dysfunctions. *J Contemp Psychother*. 2001;31:161–180.
14. Masters W & Johnson V: *Human Sexual Inadequacy* Boston: Little Brown. 1970.
15. Sungur MZ, *Erkek Cinsel İşlev Bozuklukları*, *Psikiyatri Dünyası* 1992, 60–4.
16. Kernberg OF, (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcicism*. Jason Aranson, New York.
17. Laplanche J, Pontalis JB, (1973). *The Language of Psychoanalysis*. Norton, New York.
18. Sanchez Marino JM, Garcia Alonso J, Gomez Cisneros SC, Jimenes Rodriguez M. Prevalance and Risk Factors for Erectile Dysfunction in the Region of Bierzo: *Arch Esp Urol*. 2001 Apr. 54:229–39.
19. Simopoulos EF, Trinidad AC. Male erectile dysfunction: integrating psychopharmacology and psychotherapy. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013 Jan-Feb;35(1):33–8
20. Wolpe J & Lazerus, AA. *Behaviour Therapy Techniques*. New York, Pergamon, 1996.
21. Schover L, Leiblum S. The stagnation of sex therapy. *J Psychol Human Sex*. 1994;6:5–30.
22. Rosen CR. Eretil işlev bozukluğu *Tıbbi ve Psikolojik Yaklaşımların Entegrasyonu*. Leiblum SR (ed). *Cinsel Terapi İlkeleri ve Uygulamaları*. Bolat F, Gül H (çeviren). *Kısa C (çeviri ed)*. Ck yayınları:6. Ck Yayınevi, 2013.297–330.
23. Maurice WL. *Erkek Cinsel İstek Bozuklukları*. Leiblum SR (ed). *Cinsel Terapi İlkeleri ve Uygulamaları*. Bolat F, Gül AH (çeviren). *Kısa C (çeviri ed)*. Ck yayınları:6. Ck Yayınevi, 2013. 199–232.
24. Stanley EA, Rachel BN. Psychological and iterpersonal dimensions of sexual function and dysfunction in women: An update. *Arab J Urol*. 2013 Sep;11(3):299–304.
25. Wiederman M. The state of theory in sex therapy. *J Sex Res*. 1998;35:88–99.