

na (1981, özellikle siklik seyir gösteren klasik ve olağan migren vakalarında lityumun yararlı olduğunu bildirmişlerdir (1).

Lityumun cluster baş ağrısında yararlı görülmesi ve lityumun psikiyatride bipolar affektif bozukluklarda özellikle profilaksiste temel ilaç olarak kullanılması, periodisite yönünden benzerlikleri olan bu iki hastalık grubu arasında yakınlık olup olmadığı sorusunu akla getirmektedir. Klinik gözlemlerimize göre, baş ağrıları depresyonun önde gelen bir belirtisi olarak da ortaya çıkmaktadır. Yine, gerek bipolar affektif hastalıklarda, gerekse cluster baş ağrılarında ataklar mevsimsel bir düzen gösterebilir. Örneğin, sıklıkla baharlarda ortaya çıkmaları gibi (1,7). Özellikle erkek cluster vakalarında psikosomatik yani ağır basan peptik ülser hastalığının daha sık görülmesi (1,2), cluster baş ağrısı ve bipolar affektif bozukluk arasında, gerek gösterdikleri periodisite ve gerekse lityuma verdikleri olumlu cevap nedeniyle ilgi çekici olmakta ve yeni çalışmaların yapılması gerektiğini vurgulamaktadır.

Testosteron: Cluster döneminde kan testosteron düzeyinin düştüğü ve remisyon periyodunda tekrar normale döndüğü Kudrow ve Klimek tarafından saptanmıştır (1,3). Testosteron seviyesinin düşük olması belkide ağrıya karşı nonspesifik bir cevap olarak alınabilir. Klimek, testosteron uygulanmasının cluster baş ağrısının episodik şeklinde etkili olduğunu, fakat kronik şeklinde yetersiz kaldığını bildirmiştir. Bu çalışmada hastalara 7-10 gün, günde 25 mg. intramuskuler testosteronum propionicum ve sonra aynı süre içinde günde 10 mg. testosteronum yine intra muskuler olarak uygulanmıştır (3).

Son zamanlarda kalsiyum kanal blokerleri verapamil nifedipine, nimodopine gibi drogların kronik cluster baş ağrısında birkaç aylık kulla-

nımdan sonra pek çok vakada yararlı olduğu bildirilmiştir. Bu ilaçların vazodilatör etkileri nedeniyle ilaç dozu artırmı yavaş yapılmalıdır. Başlangıç dozu yüksek olursa cluster ağrıları uyarılabilir. Verapamilin günde iki kez 20 mg.lık dozdan yavaş yavaş 320 mg.a çıkılması önerilir. Hasta beta-bloker kullanıyorsa, kardiak arrest riski nedeniyle verapamil adeleden uygulanmalıdır. Nifedipinin günlük dozu 30-120 mg., nimodipinin ise maksimum 240 mg. olarak bildirilmiştir. Kalsiyum kanal blokerlerinin yan etkileri ise ateş basması, postural hipotansiyon, taşikardi, yorgunluk hissi ve baş ağrısıdır (6).

KAYNAKLAR:

1. DIAMOND, S., DALESSIO, D.J.: The Practicing PhysicianS. Approach to Headache. 3rd Edition, 59-66, Williams and Wilkins, 1982.
2. HEYCK, H.: Headache and Facial Pain (translated by Navin Dalal), 113-133, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1981.
3. KLIMEK, A.: Use of Testosterone in The Treatment of Cluster Headache, European Neurology. Vol: 24:53-56, 1985
4. KUDROW: L.: Cluster Headache: New Concepts Symposium on Headache, Neurologic Clinics. Vol. I, No. 2, 369-383, May 1983.
5. KUDROW, L.: A Distinctive Facial Thermographic Pattern in Cluster Headache - the "Chai" Sign, Headache Vol. 25,33-36, 1985.
6. LANCE, J.W.: Migraine and Cluster Headache, Current Therapy in Neurologic Disease. 1985-986 (Edited by R.T.Johnson), 81-85, The C.V. Mosby Company, 1985.
7. SACKS, O.: Migraine, 130-137, Pan Books Ltd. London, 1981.
8. WATSON, P., EWANS, R.: Cluster-Tic Syndrome Headache, 25: 123-126, 1985.

PSİKOSEKSÜEL DİSFONKSİYONLARIN TEDAVİSİ

Doç. Dr. M.Haluk ÖZBAY*, Dr. Erol GÖKA**, Psikolog Serpil GÜNGÖR***

ÖZET:

Bu makalede sex terapi teknikleri temel alınarak psikoseksüel disfonksiyonların tedavilerinden söz edilmiştir.

SUMMARY:

In this article treatment of psychosexual dysfunctions are discussed on the base of sex therapy technics.

*SSK Ankara Hastanesi Psikiyatri Klinik Şefi. **SSK Ankara Hastanesi Psikiyatri Asistanı.
***SSK Ankara Hastanesi Psikiyatri Kliniği Psikoloğu.

Cinsel tedavi tekniklerinin modern anlamda ele alınışı 1970'lerde olabilmıştır. Fakat ele alınmasında geç kalınan bu önemli alanda hızlı gelişmeler olmuş, cinsel sağlığın 'bedensel, ruhsal, toplumsal olarak tam iyilik hali' olarak tanımlanan sağlığın ayrılmaz bir parçası olduğu birçok ülkede anlaşılmıştır. 1975 yılında A.B.D.'de ikibinin üzerinde seks kliniği olması (Sadock, 1975), (1) hem gelişmeyi hem de insanların bu alandaki taleplerini göstermek için çarpıcı bir durumdur.

Psikoseksüel disfonksiyonlar yedi ayrı tanı kategorisine ayrılmış olsalar da teknikleri benzerlik gösterirler. Bu bozuklukların tedavisinde yakın zamanlara kadar, psikoanalitik yönelimli psikoterapi kullanılıyordu, fakat sonuçlar genellikle doyurucu olmadığı gibi uzun süreliydi. Biz bu yazımızda, tedavide kısa sürede doyurucu sonuçlar veren Masters ve Johnson'un cinsel tedavi yaklaşımlarıyla, davranışçı teknikleri ve bu temelde uygulanan psikoterapiyi sex terapi adı altında (2) birlikte ele alacak, yazının sonunda kısaca diğer tedavi biçimlerine de değineceğiz.

Psikoseksüel disfonksiyonların sex terapi yoluyla tedavi edilmelerinde iki aşama sözkonusudur:

1- Hastanın öyküsü ve davranış analizi

2- Terapi.

1) Öykü ve Davranış Analizi: İnsan cinselliği, farklı cinsel olayların toplamından daha fazla bir şeydir. Öykü alma, tıpsal, psikiyatrik, evlilikle ve cinsellikle ilgili farklı perspektiflerden izlenimler edinme ve bilgi toplama olanağı verir. Genel beden sağlığını ele alan tıpsal öykü; kaza, travma, ilaç ve alkol kullanımını yorgunluk düzeylerini, diabet gibi sistemik hastalıkları vaginal enfeksiyon gibi daha lokal olayları belirlemeye yönelir. Bu öyküden yola çıkarak dahili, jinekolojik, ürolojik ve nörolojik bir muayene gerekebilir, bunların sonucunda da cinsel tedavinin uygun olmadığı sonucuna ulaşılabilir. Psikiyatrik öyküde ise her bir partnerin mevcut duygusal durumları, gelişimsel, toplumsal ve dinsel zeminleri ile sex bilgileri ele alınır. Evlilik öyküsünde, iletişimdeki açıklık düzeyi, şaka, haz ve karşılıklı doyumun nasıl değerlendirildiği, eşlerin birbirlerine karşı sıcaklık ve hevesleri ele alınır. Bu arada şimdiki ilişkinin niteliği ile her iki partner'in de önceki ve en iyi zamanlardaki ilişkilerinin niteliği karşılaştırılır. Cinsel öyküde, cinselliğin gelişimi, cinsellik ve üreme ile ilgili bilginin nasıl elde edildiği ve buna karşı nasıl tepki verildiği, erken cinsel yaşantılar ve bütün önceki cinsel ilişkiler hakkında bilgi edinilir.

Sex terapinin bu tanısal aşamasında hem her iki çiftle bir arada hem de ayrı ayrı görüşme yapılmalıdır. Bu aşamanın ikinci adımında, mastur-

basyon dahil cinsel temasın niteliği ve sıklığı, her bir partner'in cinsel beklentileri ve tavırları, özel cinsel sorunun her bir partner için önemi, doğum ve doğum kontrolü hakkındaki duygular ve uygulanan doğum kontrolü yöntemi öğrenilir. Yine bu adımda tipik bir ilişki öncesinde, sırasında ve sonrasında neler olduğunun (koşullar, araçlar, partnerler, duygular, fantaziler, haz ve duygusal kolaylık ve cinsel uyarılma sağlayan ya da tam tersine rahatsızlık, kaygı ve cinsel yetersizlik yaratan aktiviteler) belirlenmesi özellikle önemlidir.

Bütün bunlardan sonra, varolan cinsel durumun tedavi öncesindeki bazı disfonksiyonu en düşük düzeyden en yüksek düzeye kadar etkileyen koşulların hiyerarşisi ortaya çıkmış olur. Yani bir başka deyişle disfonksiyonun şimdiki belirleyicileri saptanmış olur. Daha önce sözünü ettiğimiz psikoseksüel disfonksiyonların geçmişteki hazırlayıcı belirleyicileri ise davranışın biçimlenmesiyle doğrudan ilgili değildir. Bunlar daha sonra anlatacağımız psikoterapi seansları sırasında ele alınırlar.

2) Terapi: Terapinin şeklini ve stratejilerini, disfonksiyonun tipi ve terapiye katılımın bireysel mi ya da çift olarak mı yapıldığı belirler.

Vaginismus, prematüre ejakülasyon ve fonksiyonel disparoyini dışındaki diğer disfonksiyonlarda uygulanan davranışçı yöntem sistematik in vivo desentizasyondur. Yöntem terapistin oluşturduğu ve kararlaştırdığı tedavi alıştırmalarının adım adım geliştirilerek uygulanmasına dayanır. Bir hiyerarşik tablo oluşturulur. Görece en kolay uygulanan ve şemanın en altında bulunan egzersizden başlanır, ta ki hedef cinsel belirtinin unsurları görülmeyene kadar.. Bu tür alıştırmalar başlangıçta, cinselliğe duyarlı odağı saptamaya yöneliktir, partnerin masajının veya yumuşak okşamalarının rahatsız edici olmayan haz verici uyarı verdiği alanlar bulunur, bunlara 'duyarlı odak alıştırmaları' denir. Tabii tedavinin ilk evrelerinde maladaptif cinsellik örüntülerine engel olmak için yüksek seviyede cinsel istek uyandıran cinsel uyarı, birleşme ve diğer aktivitelerin yasaklanması alışkanlık haline getirilmelidir. Bu tarzda yasaklamalar, birbirini izleyen terapötik deneyimlerin ürünü olarak yeni ve semptomatik olmayan örüntülerin ortaya çıkmasına olanak sağlar. Hiçbir şey talep etmeyen ve tehdit edici olmayan, baskının ve amacın ortadan kalktığı cinsellik koşullarıyla birlikte, önceki suçluluk, utanma, sıkıntı, endişe veya yabancılaşma çekme koşullarını giderek ortadan kalkar. Haz duygusu ve cinsel istek doğal bir şekilde oluşmaya ve yaşanmaya başlanır. Ancak başarı olasılığının artması için, hiyerarşinin her adımında kararlaştırılan terapötik ödevle aynen uyulmalıdır. Yoksa önceki yetersizlik duyguları ve olumsuz cinsel kendilik algısıyla

başedilemez. Şimdi sistematik invivo desentizasyon yöntemlerinin tek tek cinsel sorunlarda nasıl uygulandığını daha somut olarak görelim:

Eretil Disfonksiyonlar: Tedavi yukardaki genel sunuluş içinde olduğu gibi alıştırmanın kararlaştırılması, diğer cinsel uyarı biçimlerinin geçici olarak yasaklanıp duyarlı odakların saptanmaya çalışılmasıyla başlar. Terapist, anxiyete, semptomatik davranış, eksiklik beklentileri olmayacağından emin olduğu anda talep edici olmayan cinsel uyarıyı artırır. Tedavinin bu aşamasında en uygun terapötik alıştırma, çevrimsel (cycling) alıştırma, yani ılımlı ve tehdit edici olmayan seviyede cinsel istek uyandıktan sonra doğal bir biçimde yatışmasına izin verilir. Böylece uyarı yinelenir ve birkaç siklus sürdürülür, bu arada ejakülasyonla ilgili ayrıca bir kayıt konmaz, ejakülasyon ne önerilir ne de yasaklanır, isteğe bırakılır. Bu tarzda, çevrimsel olarak cinsel uyarının artırılması, iki önemli yarar sağlar. Öncelikle cinsel yanıtın orgazm için, istek olmadan düz bir çizgi şeklinde çabucak biçimlenmesinin önüne geçilmiş bunun yerine, cinsel yanıtın, aceleye getirilmemiş, amaç yönelimli olmayan erotik bir gerilim içinde daha doğal, daha karşılıklı olarak biçimlenmesi sağlanmış olur.

İkincisi çevrimsel alıştırma, yinelemeler, duyu ve istek arasındaki incelikli değişimlerin ket vurulmadan farkedilmesini ve ereksiyonların yinelenen kayıplarından sonra bile, yüksek seviyede isteklerin yeniden oluşacağına güven duyulmasını geliştirir. Terapist, ereksiyonu sağlayacak isteğin ortaya çıkmasını kolaylaştırmak ve sınırlı bir uyarı biçimine daha uzun süre bağlı kalmamak için fantazi kurma, erotik kitap ve filmler önerebilir. Ereksiyon işlevi, başlangıçta partnerin elle uyarısıyla düzenlenir, daha sonra terdricen vaginal containment alıştırma ve cinsel birleşmeye geçilir. Bu aşamalı ilerleme sırasında herhangi bir alıştırma yüksek seviyede gerginlik, endişe ve cesaretsizlik oluştuğunda ya aynı alıştırma yinelenir ya da hiyerarşi şemasındaki bir geri aşamaya dönülür. Yani bir başka deyişle eğer bir alıştırma yeterli süre haz, cinsel istek ve semptomatik olmayan davranış sağlanmışsa ancak o zaman bir sonraki aşamaya geçilir.

Kadında Genel Cinsel Disfonksiyon: Eretil disfonksiyonda olduğu gibi burada da bir desentizasyon hiyerarşisi izlenir. Genital olmayan duyarlı odak alıştırma ile başlanır, sonra genital bölgelere izin verilir, daha sonra da cinsel birleşmeye... Ancak sürecin her aşamasında olumlu ve semptomatik olmayan yaşantılar mutlaka sağlanmalıdır. Bu söylediklerimiz ket vurulmuş cinsel istek ve ket vurulmuş cinsel heyecan, orgazmik disfonksiyonla birlikte değilse geçerlidir. Eğer tabloya orgazmik disfonksiyon da eklenmişse -ki

büyük çoğunlukla öyledir- ya da pür orgazmik disfonksiyonsa tedaviye kendi kendini uyarma alıştırma ile başlanır, bunun için fantaziler, erotik kitaplar kullanılabilir. Bu şekilde orgazmı başaran kadına, bu kez bir uyarının artırılması yaklaşımıyla bir çok farklı uyarana orgazmı yanıt vermesi öğretilir. Ve daha sonra yukarıdaki şekilde heteroseksüel alıştırma yapılır.

Prematür ejakülasyon ve vaginismus'ta izlenen terapi yöntemleri ise sistematik invivo desentizasyondan farklıdır.

Prematür Ejakülasyon: Tedavi, partner'in, erken boşalma hissi uyandığında glans penisini nazik fakat ısrarla kesmesi ya da istek yaratan uyarıyı birdenbire kesmesi yoluyla olumsuz bir tavır alarak erken boşalma davranışının cezalandırılması ya da azaltılmasına dayanır. İlk alıştırma genellikle partnerin elle uyarısıyla sağlanan orta şiddetle cinsel uyarıya yanıt olarak ortaya çıkacak ejakülasyon hissine (ejakülasyonun kendisine değil) dikkat çekilerek yapılır. Bu şekilde erken boşalma hissi farkedildiğinde, hemen ya sıkarak ya da uyarıyı keserek tavır alınır, her iki teknik de genellikle ejakülasyonu ket vurur. Uyarı, daha sonra erken boşalma hissi yinelenene kadar sürdürülür ve yine aynı tekniklere başvurulur ve böylece üç-dört siklus yapılır. Orta şiddette uyarana karşı ortaya çıkan erken boşalma hissini sıklığı azaldığında, bu kez uygulama uyarının şiddetini artırarak, intravaginal uyarıya kadar sürdürülür ve nonejakülator bir uyum pekiştirilmiş olur. Bu uyarma -cezalandırma uygulamasıyla istek duyma ve ejakülasyon arasındaki ara uzatılır, ejakülasyon hissi daha kontrollü bir hale gelir. Bu tekniğin başarılı olabilmesi için, prematür ejakülasyonu olan kişinin ejakülasyonu öncesi sinyalleri iyicene öğrenmesi ve buna göre sıkma işaretini uygun zamanda vermesi gerekir.

Vaginismus: Tedavisinde, flooding tekniğinin modifiye bir şekli uygulanır, buna göre derecelendirilmiş bir gerçek uyarın koşulları aracılığıyla fobik uyarın -ki bu vaginal penetrasyondur- kontrollü bir şekilde ortaya getirilir. Etkili bir çözüm için, şu üç bileşenin birarada olması gerekir.

a) Gidererek büyüyen nesnelere vaginal containment. Bu nesnelere başlangıç uygulamaları sırasındaki boyutları containmente garantili olarak uygun olmalı, her nesne yeterince fiziksel ve duygusal bir rahatlık sağlanana ve sürdürülebilir kadar kalmalıdır, aksi takdirde korku ve kaçınma pekiştirilmiş olur.

b) Kegel tekniği (3) adı verilen, pubococcygeal ve perineal kasların istemli kasılma ve gevşemeleri uygulamasının iyice öğrenilmesi. Bu önceden öğrenilen alıştırma, vaginal containment'dan önce kas yorgunluğunu arttırmak için yaptırılır. Böylece vaginal spazm önlenecek ve fobik semp-

tomun sönmesi (extinction) kolaylaştırılacaktır.

c) Penetrasyon alıştırmaları sırasında, vajenin spastik kapanmasının yarattığı anksiyete karşı olarak genel gevşeme veya cinsel uyarının artırılması.

Psikoseksüel disfonksiyonların tedavisinde yukarıda anlatılan yöntemlerin yanı sıra davranışçı temellerde bir psikoterapi de önerilir. Bu psikoterapi seansları, kararlaştırılan davranışsal ödevlerin sonuçlarının gözden geçirilmesine; gerektiği yerde bilgi, cesaret ve öğüt verilmesine; süreci seyretme, entellektüalize etme, sorumluluğu devretme veya sorumluluktan kaçınma gibi karşıt -terapötik belirtiler ortaya çıktığında bunların doğrudan netleştirilmesi, yorumlanması ve telkin yoluyla ortadan kaldırılmasına hizmet ederler. Ayrıca olumlu, karşılıklı ve hazzı en yüksek noktaya çıkarıcı yaşantı unsurlarını onaylar ve pekiştirirler. Daha önce de belirttiği gibi cinsel semptomların geçmişteki hazırlayıcı belirleyenleri ile ilgili sorunlar, bu psikoterapi seanslarında işlenirler. Tedavi sırasında bireyin ya da çiftin direnci, genellikle kararlaştırılan terapötik ödevlere karşı olumsuz bir tepki biçiminde olur. Olumsuz tepkiler, ödevleri yapmak için zaman bulunamaması; haz sağlama seansları sırasında uyarı alınmadığının ya da rahatsız olunduğunun söylenmesi; anksiyetenin, düşmanlığın veya partner'in reddedeceği korkusunun sürdüğünün ifade edilmesi; terapi ve evlilik ilişkisi hakkında önceden kabul edilmeyen cesaretsizlik, karamsarlık, korku veya hayal kırıklığı duygularının açığı vurulması şeklindedir. Bu dirençlerin çözülmesi için, direncin yorumlanması veya netlenmesi yeterli olabilir. Ancak çoğu kez, direnç yaratan koşulların ortadan kaldırılması ve anksiyetenin azaltılması için davranışsal ödevlerin yeniden düzenlenmesine gerek duyulur. Kimi zaman da evlilik ilişkisinin destrüktif görünümüne dikkati toplamak veya intrapsişik rahatsızlıkların daha derin kaynaklarını araştırmak için davranışsal süreçlerin kesilmesi yoluna gidilir, hatta çok ender durumlarda terapi sonlandırılabilir.

Bütün bu anlatılanlardan da anlaşılacağı gibi sex terapinin henüz geleneksel psikoterapi yöntemleri gibi iyi kurulmuş bir genel biçimi yoktur. Bugün sex terapi merkezlerini birbirinden ayıran farklılıklar, şu dört konuda ortaya çıkmaktadır:

- a) Tek terapiste karşı dual-sex koterapi ekibinin kullanılması,
- b) Hastanın tedaviye kabul edileceği durumlar
- c) Tedavi süresi ve seansların sıklığı
- d) Disfonksiyonel çiftin davranışsal alıştırmalar sırasında bizzat izlenmesi.

a- Masters ve Johnson'un yaklaşımı, (4) (5) terapi nesnesi olarak evliliği veya çifti alır. Bu şekilde tek bireyin değil de her iki çiftin de -daha

doğrusu ilişkinin- hasta olduğuna ve tedaviye katılması gerektiğine inanan bu yaklaşıma göre cinsel sorun sıklıkla evlilikteki veya ilişkideki diğer alanların uyumsuzluğunu yansıtır, cinsel işlev, ilişkinin yalnızca bir boyutudur. Dual sex terapi denilen bu yaklaşımda, terapistler de tedaviye katılan eşleri temsilen bir kadın ve bir erkekten oluşur. Masters ve Johnson tedavi ekibinin bu şekilde oluşturulmasını büyük yararı olduğuna inanmalarına rağmen, eşlerle çalışmakla ustalaşmış, deneyimli tek bir terapistin de aynı şekilde başarılı olduğunu gösteren kanıtlar vardır.

b- Sex terapistlerinin çoğunluğu arasında, terapi için en uygun adayların, genç, heteroseksüel, kişisel veya kişiler arası psikopatoloji tarafından komplike olmamış monoseptomatik cinsel disfonksiyonu olan evli çiftler olduğu konusunda bir uzlaşma vardır. Bu sayılan özellikleri göstermeyen çiftlerin tedavisi konusundaki klinikler arasında farklar bulunur.

c- Sex terapinin kısa süreli bir tedavi olduğunda birleşmesine rağmen, tedavinin süresi ve seansların sıklığı konusunda değişiklikler vardır. Örneğin, Masters ve Johnson, haftada 6-7 seans-tan iki haftalık bir süre önerirken, bazıları haftada 1-2 seanslı, sürenin açık tutulduğu, daha az yoğunluklu bir terapi biçimini savunurlar. Her iki yaklaşımın da belirli yararları bulunur, birisi kısa sürede çözüm getirirken diğeri sorunun süren yaşam bağlamında çözülmesini sağlar.

d- Terapistin hastasının davranışıyla ve cinsel muayene ile doğrudan ilgilenmesi, oldukça tartışmalı bir konudur. Bazı terapistler tıbbi ve eğitsel amaçlarla, bazıları da tanıs ve terapötik yardım amacıyla hastalarının cinsel davranışını doğrudan gözlemlemek gerektiğine inanır ve uygularlar. Fakat bugüne kadar bu yaklaşımın klinik kanıtları ortaya konulamamıştır. Tanısal amaçlarla tıbbi bir muayene gerektiğinde bir başka doktora göndermenin yeterli olacağı sanılmaktadır.

Biz bu yazımızda psikoseksüel disfonksiyonların tedavisini davranış terapisi, Masters ve Johnson'un yöntemleri ile psikoterapiyi şimdi sex terapi merkezlerinde uygulanma biçimiyle ve sex terapi genel adıyla ele aldık.

Bunun dışında hipnoterapi, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi (psikodinamik, davranışçı veya eğitsel yönelimli olabilir. Sadock ve Spitz, (6) cinsel disfonksiyonu olan evli çiftlerden oluşan grupların daha yararlı olacağını, bu gruplarda psikodrama tekniklerinin uygulanabileceğini belirtmişlerdir), analitik yönelimli sex terapi (davranışçı teknikler ve analitik psikoterapinin bir arada yürütülmesi) kullanılabilir. Ayrıca Brady, (7) desensitizasyon terapisi sırasında I. V. sodyum methohexital kullanılabileceğini söylerken, anti-anksiyete ilaçların psikoseksüel disfonksiyon-

larda yararlı olduğunu bildiren yayınlar vardır (Segraves (1977), Jarvik (1977) (8). Piyasada iddialı afrodisiak ilaçlar olmasına rağmen bu ilaçlar güvenli olmadıkları gibi etkili de değildirler. Thioridazine'nin ve trisiklik antidepresanların yan etkilerinden (etkilerinden değil) yararlanarak prematür ejakülasyonda, boşalma süresi uzatılabilir. Yine prematür ejakülasyonda altta yatan obsesif süreç iddialarından yola çıkarak clomipramine'nin etkili olduğunu öne sürenler vardır. Organik nedenlerle oluşmuş ereksiyon sorunlarında cerrahi yoldan penil protez konulabilir. (Small, 1978) (8)

Sex terapinin ve psikoseksüel disfonksiyonların diğer tedavi biçimlerinin prognoz üzerine etkileri konusunda birbirini tutmayan yayınlar vardır. Bunlardan şimdiye kadar en olumlu sonuçları Masters ve Johnson (5) bildirmişlerdir. (Bak tablo 1)

Tablo 1 (Masters ve Johnson, 1970)

Problem	Spesifik tedavi	Sonuçlar
Erektile inkompetans Anorgazmi	Graded stimülasyon	1-%59, 2-%74, %81
Prematür ejakülasyon	Squeeze teknik	% 98
Vaginismus	Graded dilatörler	Penetrasyon % 100 Orgazm %90
Ejakülasyon eksikliği	Superstimülasyon	% 82

KAYNAKLAR:

- 1- Sadock, V.A. The Unconsummated Marriage. Comprehensive Textbook of Psychiatry. A.M. Freedman, H. I. Kaplan and B.J. Sadock editors, ed. II, Sh. 1528. Williams-Wilkins, Baltimore, 1975
- 2- Ann W. Birk, Sex Therapy: A Behavioral Approach. The Harvard Guide to Modern Psychiatry, Armond M. Nicholi. editor. ed. V. Sh. 459, Harvard University Press. Massachusetts.
- 3- Kagel A.H. Sexual Function of the pubococcygeus muscle. West J. Surg. 60, 521, 1952.
- 4- Masters W.H. and Johnson V.E, Human Sexual Response. Little, Brown, and Co. Boston, 1966
- 5- Masters W.H. and Johnson V.E, Human Sexual Inadequacy, Little, Brown, and Co. Boston, 1970
- 6- Sadock, B.J. and Spitz. H.I. Group psychotherapy of sexual disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry. A.M. Freedman, H.I. Kaplan, and B.J. Sadock editors, ed II, Sh. 464 Williams-Wilkins, Baltimore, 1975
- 7- John Paul Brady, Behavior Therapy. Comprehensive Textbook of Psychiatry. A.M. Freedman, H.I. Kaplan and B.J. Sadock, editors, ed. III. Sh. 2143, Williams-Wilkins, Baltimore, 1980
- 8- Joyce G. Small, Iver F. Small, Psychosexual Dysfunctions. Comprehensive Textbook of Psychiatry. A.M. Freedman, H.I. Kaplan, B.J. Sadock editors, ed. III, sh. 1783, Williams Wilkins, Baltimore, 1980

LİTYUM KARBONAT VE HALOPERİDOL BERABERCE UYGULANIMINDA NÖROTOKSİTE

Dr. Cem İLNEM*, Doç. Dr. Oğuz ARKONAÇ*, Dr. Şahap Nurettin ERKOÇ*

ÖZET:

Bu çalışmada, haloperidol ve lityum karbonatın birlikte kullanımındaki nörotoksite araştırıldı. Çeşitli psikiyatrik tanı gruplarından, sadece haloperidol ve lityum karbonat verilen 54 hasta bir ay süre ile izlendi. Bu hastalardan sadece 13'

ünde (%24) nörotoksite nedeniyle tedavi programının değiştirilmesi gerekti. Bu 13 hastadan 8'inde (%14.8) tedaviye son verilirken, diğer 5'inde (%9.2) ise lityum dozajı azaltılarak veya biperiden eklenerek tedaviye devam edilebilmiştir.

*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi II. Psikiyatri Birimi.