

Fiziksel Hastalıklar ve Cinsel İşlev Bozukluğu

Doğan ŞAHİN, Erhan ERTEKİN

Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Cinsel tedaviler, cinsel işlev bozukluklarının psikolojik kaynaklı olduğu düşünüldüğü için geliştirilmiştir.¹ Ancak giderek, cinsel işlev bozukluklarında organik etkenlerin rolünün, sanılandan daha fazla olduğu farkedilmiştir.² Cinsel işlev bozuklukları aynı zamanda, birçok tıbbi hastalık, ameliyat ve ilaçla bağlantılıdır.

1. Tıbbi Durumla Cinsel İşlev Bozukluğunun İlişkisi

Bir olguda cinsel işlev bozukluğunun ne derece organik, ne derece psikişik faktörlere bağlı olduğunu tam olarak ayırt etmek mümkün değildir. Aslında bir hayli karmaşık olan tıbbi hastalıklarla, cinsel işlev bozuklukları arasındaki bağlantılar, 5 başlık altında incelenebilir.¹

1. Tıbbi durum veya tedavisi cinsel işlevlerle ilgili fizyolojik ya da anatomik mekanizmaları etkileyebilir.
2. Tıbbi duruma veya tedaviye psikolojik tepki olarak cinsel işlev bozukluğu olabilir.
3. Tıbbi ve psikişik faktörlerin bileşimi, cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir.
4. Hastalık veya cerrahi girişim, var olan cinsel sorunu ortaya çıkarabilir.
5. Psikolojik faktörlerin sebep olduğu cinsel işlev bozuklukları, fiziksel şikayetler görünümünde ortaya çıkabilir.

1. Fiziksel durumun veya tedavisinin cinsel işlevlerle ilgili fizyolojik ya da anatomik mekanizmaları etkilemesiyle gelişen cinsel işlev bozuklukları

Fiziksel bir hastalığın fizyolojik etkilerine bağlı gelişebilecek cinsel işlev bozuklukları Tablo 1'de, ilaçlara bağlı gelişebilecek cinsel işlev bozuklukları Tablo 2'de gösterilmiştir.

2. Fiziksel duruma veya tedaviye psikolojik tepki olarak cinsel işlev bozukluğu gelişmesi

Birçok hastalık ya da hastalığın yarattığı durum veya tedavi biçimlerine karşı gelişen psikolojik reaksiyonlar, cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmektedir. Bunların başında kanserler, jinekolojik hastalıklar ve ameliyatlara, diğer ciddi hastalıklar gelir.

Kanser; işlev kaybı, çaresizlik, ümitsizlik, suçluluk, ölüm korkusu, ağrı endişesi, bağımlılık korkuları uyandırır.³ AIDS ile ilgili inanışlar, HIV pozitif kişilerde suçluluk duygularının daha da fazla olmasına ve cinsel yaşamdan daha fazla kaçınmaya neden olurlar. Yaşamı tehdit eden krizlerde tüm zihinsel enerji ile birlikte, cinsel enerji de, yaşamı sürdürme enerjisinin emrine verilir. Kanserli hastaların yaşam sürelerinin uzaması, yaşam kalitesi beklentilerini, böylece de psikiyatrik sorunlara ve cinsel yaşama ilgiyi artırmaktadır.

Jinekolojik kanser ameliyatlarında, hastalığın yarattığı endişe ve genel olarak ameliyatlara ilişkin yaşanan korku ve kaygılar yanında, fiziksel çekicilik ve cinsel işlevlerle ilgili korku ve kaygılar da gelişir.³ Birçok kadın için benlik saygısı, güven ve kimlik, fiziksel görünümüyle doğrudan ilişkilidir. Histerektomiden sonra gelişen en sık psikiyatrik sorun, depresyondur. Ancak, cinsel istek azlığı, fobiler, konversiyon reaksiyonu, hatta psikotik reaksiyonlar da bildirilmiştir. Gelişen infertilite; suçluluk, yetersizlik, çaresizlik, kızgınlık, inkar ve depresyon tepkileri uyandırır. Ayrıca birçok kadın ve eşi, yanlış olarak uterus ile cinsellik ve hormon üretimini eş görürler.

Amputasyonlar da genellikle, kayıp tepkisi ve matem duygusunun yanında, hastanın kendine yeterlilik duygusunu ve hareket yeteneğini azaltır. Cinsel çekiciliklerinin azaldığı duygusu, cinsel kaçınmalara neden olabilir.

3. Fiziksel ve psikişik faktörlerin bileşimiyle gelişen cinsel işlev bozuklukları

İngiltere'de 789 erkek ve 977 kadının katıldığı bir çalışmada, cinsel sorunların fiziksel, ruhsal ve sosyal durum ile güçlü bir ilişki içerisinde bulunduğu gösterilmiştir.⁴ Cinsel işlev bozukluklarının erkek hastalarda tıbbi sorunlarla, kadın hastalarda ise ruhsal ve sosyal sorunlarla daha yakından ilişkili olduğu gözlenmiştir.

Öte yandan, organik ve psikişik faktörlerin birlikte, cinsel işlev bozukluğu gelişimine katkı yapmaları, en sık karşılaşılan durumdur. Örneğin; multipl skleroz veya erken diabette, periferik nöropatiye bağlı ereksiyon kapasitesindeki hafif bir bozukluk, yol açtığı performans anksiyetesi sonucu, daha şiddetli veya total ereksiyon bozukluğunu başlatabilir.

Tablo 1: Cinsel İşlev Bozukluğuna Neden Olan Organik Faktörler

Sistem ve Hastalık	Cinsel Sorun
Kardiyovasküler	
Aortoiliak tıkaçıcı hastalıklar	Eretil disfonksiyon
Ateroskleroz	Eretil disfonksiyon
Hipertansiyon	Eretil disfonksiyon ve ejakülasyon sorunları,cinsel ilgi ve aktivitenin azalması
MI, angina pectoris	Cinsel ilgi ve aktivitede azalma
Endokrinolojik	
Adrenal yetmezlik	Kadın: cinsel ilgi ve orgazmda azalma Erkek: cinsel ilgide azalma
Adrenal hiperplazi	Kadın: cinsel ilgide azalma, anorgazmi Erkek: cinsel ilgide azalma, erekil disf.
Diabetes Mellitus	Kadın: orgazmik disf., vaginal lubrikasyon azalması Erkek: erekil disf., ejakülasyon olmaması, gecikmesi, fıskırma kuvvetinin azalması
Hipogonadizm	Kadın: vaginal atrofi, disparoni, anorgazmi, cinsel ilginin azalması Erkek: cinsel ilgi, ereksiyon ve ejakülasyon sorunları
Hiperprolaktinemi	Eretil disfonksiyon
Hipofizer yetmezlik	Kadın: pek etkilenme olmaz, cinsel ilgide azalma veya hiperseksüalizm Erkek: cinsel ilgide azalma, erekil disfonksiyon, bazan hiperseksüalizm
Hipertiroidizm	Kadın: pek etkilenme olmaz, cinsel ilgide artma veya azalma
Hipotiroidizm	Kadın: cinsel ilgide azalma anorgazmi Erkek: cinsel ilgide azalma, erekil disf.
Ürogenital Sistem:	
Prostatit	Ağrılı ejakülasyon
Üretrit	Ağrılı ejakülasyon
Hidrosel, varikosel	Eretil disfonksiyon
Peyronie hastalığı	Eretil disfonksiyon
İmperfore himen,rijit himen	Disparoni, vaginismus
Pelvik enflamasyonlar	Derinde disparoni
Vajinit	Disparoni
Lokomotor Sistem:	
Artrit, disk hernisi,aşırı obezite	Mekanik zorluklar ve ağrı, yorgunluğa bağlı cinsel aktivite ve ilgide azalma
Sinir Sistemi:	
Epilepsi	Özellikle temporal lob epilepsisi; cinsel ilgide azalma
Alt motor hastalığı	Refleks heyecanlanmanın olmaması
Üst motor hastalığı	Psikojenik uyarılmanın olmaması
İnmeler	Cinsel ilgide azalma, erekil disfonksiyon
Frontal lob sendromu	Disinhibisyon

Diyaliz hastalarında cinsel işlev bozukluğu yaygın olup, erkeklerde %70 gibi yüksek oranlar bildirilmiştir. Endokrin değişiklikler, çeşitli ilaçlar (örneğin, antihipertansifler), genel tıbbi durum, aile içi sosyal rollerdeki değişimler, psikososyal faktörler ve depresyon, çeşitli oranlarda cinsel işlevleri bozar. Eretil işlev bozukluğuna sık rastlanır. Erkek hastalarda testosteron düzeyinde ve spermatogenezde azalma, kendi potansiyellerini test etmeye dönük mastürbatuar davranışlar; kadınlarda ise orgazm yaşantısında azalma bildirilmiştir. Diyaliz has-

taalarında organik faktörlerin rolü bulunmakla birlikte, ortaya çıkan cinsel işlev güçlüklerinin şiddet ve yaygınlığını açıklayacak oranda değildir. Hastalığa ve yeti yitimine bağlı depresyon en önemli etkenlerden biridir. Erkek hastalarda, iş performansında ve etkinliklerde azalma, kadın hastalara kıyasla, daha fazla yetersizlik duygusuna yol açmaktadır. Birçok erkek hastada cinsel organların idrar boşaltma amacını artık yerine getirmiyor olması, cinsel işlevlerine ilişkin de ciddi endişelere sebep olmaktadır.³

Tablo 2: İlaçların Neden Olduğu Cinsel İşlev Bozuklukları

İlaç	Cinsel ilgi	Uyanma	Orgazm
Antikolinergikler	-	ED	-
Antidepresanlar(trisiklik)	azalma	ED	retarde ejakülasyon, orgazm gecikmesi veya olmaması
MAOI	-	ED	"
Lityum karbonat	azalma	ED	-
Metildopa	azalma	ED	retarde ejakülasyon
Ganglion blokerleri	-	ED	ejakülasyon olmaması veya retrograde ejakülasyon
Alfa-blokerler	-	-	ejakülasyon olmaması
Beta-blokerler	azalma	ED	-
Adrenerjik blokerler	azalma	ED	ejakülasyon sorunları
Tiyazidler	-	ED	-
Spiranolakton	azalma	ED	-
Kortikosteroidler	azalma	ED	retarde ejakülasyon
Östrojenler(erkeklerde)	azalma	ED	retarde ejakülasyon
Barbitüratlar	azalma	ED	retarde ejakülasyon
Nöroleptikler(tioridazin, klorpromazin, haloperidol)	azalma	ED	retarde ejakülasyon veya ejakülasyon olmaması

ED: erektil disfonksiyon

Multipl skleroz ve diyabet, bir yandan cinsel işlevler üzerinde organik açıdan olumsuz etkilerde bulunurken, bir yandan da, bağımlılık, çekiciliğin yitirilmesi gibi endişelerle cinsel işlev bozukluklarına neden olurlar. Öte yandan, cinsel inanışların yükü altındaki bireyler, bir iki defa cinsel sorun yaşadıklarında “başarısızlık” korkusuna kapılmakta, bu korku da cinsel işlevleri daha da olumsuz etkileyerek bir kısır döngüye yol açmaktadır.

Klimakterik dönemde, östrojen seviyesinin düşmesine bağlı çeşitli belirtiler (vazomotor değişiklikler ile endokrin ve metabolik değişiklikler) olur. Ancak bu dönemde görülen belirtiler, fizyolojik nedenlerin yanında bireysel, kültürel, toplumsal, yaşa ve ilişkiye özgü etkenlerle de ilgilidir.³ Menopozdaki fizyolojik belirtilerin yanısıra, psikolojik belirtiler olarak depresyon, irritabilite, duyu oynamaları, kaygı ve cinsel işlev bozuklukları, cinsel istekte azalma görülür. Toplumların gençlik, güzellik ve maddi üretkenliğe ileri derecede önem vermeleri nedeniyle, genç kadınların birçoğu erişkinlik dönemlerinden itibaren, menopozu bir kayıp ve sorunlu dönem olarak algılamaya başlar ve bir kısmı yıllar öncesinden kaygılı bir bekleyiş yaşarlar.³

4. Hastalık veya cerrahi girişimin var olan bir cinsel sorunu ortaya çıkarması

Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, kalp krizi geçiren kadın veya erkeklerde, cinsel sorunlara daha sık rastlanmaktadır ve bu durum, krizden önceki dönem için de geçerlidir.^{5,6} Damar hastalıklarına bağlı cinsel sorunlar öteden beri olmasına karşın miyokard enfarktüsü ile belirgin ve görünür hale gelebilir.

5. Psikolojik faktörlerin sebep olduğu cinsel işlev bozukluklarının fiziksel şikayetler görünümünde ortaya çıkması

Cinsel işlev bozuklukları olan çok sayıda kişi, değişik somatizasyon yakınmalarıyla çeşitli kliniklere başvurabilmektedirler. Biz, baş, boyun, bel ve pelvik ağrıları dolayısıyla fizik tedavi ve nöroloji kliniklerine başvurmuş ve organik herhangi bir patoloji bulunamayınca bize gönderilmiş birçok vakada, cinsel isteksizlik, anorgazmi ve cinsel tikslenme bozukluğu tespit etmiştik.

II. Değerlendirme ve Tanı

1. Sorunun saptanması

Sorunun saptanması için ayrıntılı bir anamnez alınmalıdır. Hastaların cinsel sorunlarını tanımlamakta genellikle zorlukları olur. Genellikle “olmuyor”, “yapamıyoruz” ya da “tatmin olmuyorum” gibi ifadeler kullanırlar. Hastaya son cinsel deneyimini, ya da ortalama bir sevişmesini anlattırmak nerede sorun yaşandığını anlamaya yardımcı olabilir. Öncelikle 1) istek, 2) uyarılma 3) orgazm 4) çözümlenme dönemlerinin hangisinde, ne tür sorunlar olduğu dikkatlice değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme sırasında ayrıca şu etkenler göz önünde bulundurulmalıdır: a) sorunu olan bireyin tepkileri, b) partnerin tepkileri, c) ilişkilerinin şekli.

a) Bireyin tepkileri

Başarısızlık beklentisi ve güvensizlik: Ameliyat veya hastalığın, cinsel işleve dair etkileri, sıklıkla geçici olsa da hasta, başarısızlık beklentisine girdiğinde, bu durum

sürekli kazanabilir veya cinsel işlevin özel bir yanı bozuk kalır. Güvensizlik, cinsel etkinlikte bulunmaktan kaçınmaya neden olabilir .

Zarar ve ağır beklentisi: Cinsel etkinliğin zarar ya da ağır verici olası sonuçlarından korkma, kaçınmaya yol açabilir.

Benlik saygısının azalması: Hastalık veya ameliyat nedeniyle bir insan cinsel çekiciliğinin azaldığını düşünebilir. Bu durum, özellikle, cinsel anatomiyi değiştiren mastektomi ya da histerektomi gibi ameliyatlardan sonra veya bedenin diğer kısımları amputasyon, şiddetli yanıklar nedeniyle değiştiğinde veya hareket kaybına yol açan durumlarda görülür.

Depresyon: Araştırmalar, ayaktan izlenen hastaların %12-36'sı ile yatarak tedavi gören hastaların %30-58'inde, depresif semptomatolojinin geliştiğini göstermektedir. Hipotiroidizm, miyokard hastalıkları, kanser, AIDS (%80'inde depresif duygudurum, %20'sinde majör depresyon) gibi bazı hastalıklarda, depresyon görülme oranı çok daha yüksektir.

b) Partnerin tepkisi

Anksiyete: Partner, özellikle hastane ekibinden biriyle konuşma fırsatı bulamamış ise, eşinin tıbbi hastalığının, cinsel işlevlerini etkileyeceğinden endişe duyabilir. Bireyin tepkileri bölümünde anlatılanlar, partner için de geçerlidir. Yani, partnerinin başarısız olacağı beklentisi, cinsel ilişki sırasında zarar görebileceği endişesi, partnerinin çekiciliğinin kaybolduğu duygusu ve depresyon.

Suçluluk: Partner bir yandan cinsel arzu, bir yandan da eşinin fiziksel sağlığı hakkında endişe duyuyorsa suçluluk hissedebilir. Bu durum, cinsel etkinlikten kaçınmaya ve sürtüşmeye neden olabilir.

c) İlişkinin şekli

Uyuşmazlık: Gelişen yetersizliğe bağlı olarak, çiftin rollerinde olan değişmelere karşı, kırgınlık yaşanabilir. Hastalığı olan partner, bedensel değişiklikten veya depresyondan dolayı cazip bulunmayabilir.

Daha önce cinsel uyumun bozuk olması: Eğer çiftin ilişkisi, hastalık öncesinde de iyi değilse, cinsel sorunların ortaya çıkma olasılığı daha fazla olacaktır. Cinsel etkinlikte bazı değişiklikler yapılması gerekli ise iletişimin iyi olmaması ve cinsel gereksinim veya endişelerin ifade edilememesi sorunun daha da ağırlaşmasına neden olabilir.

2. Cinsel işlev bozukluklarında tıbbi muayene ve tetkikler

Hastanın cinsel kapasitesini mümkün olduğunca doğru değerlendirmek için, önce endokrin, vasküler ve nörolojik hastalık öyküsü, semptomatolojisi ve bunlarla ilgili ilaç kullanılıp kullanılmadığı ayrıntılı bir şekilde sorulmalı, etraflı bir tıbbi ve nörolojik muayene yapılmalıdır. (Tablo 3)

Tetkikler

Endokrinolojik: Açlık kan şekeri, FSH, LH, testesteron, prolaktin, karaciğer fonksiyon testleri.

Vasküler sistem: Penis kan akımının ve kaçakların olup olmadığını anlamak üzere, 'nocturnal penil tumescence' (NPT), Doppler veya anjiyografi yapılabilir. Papaverin ile maksimum düz kas gevşemesi sağlandıktan sonra, renkli Doppler görüntüleme arteriyel yetersizlik ve veno-oklüsif disfonksiyonun tanınmasını sağlayabilir.

NPT koital ereksiyon için yeterli nörolojik ve vasküler zemini gösterir. Ancak NPT negatif hastalarda, koitin mümkün olabileceği de hatırlanmalıdır. Ayrıca, depresyonda NPT negatif çıkabilmektedir. Ayrıca tanıya yardımcı olarak veya tedavi amacıyla; papaverin hidroklorid, fenoksibenzamin (alfa adrenerjik bloker), fentolamin mesilat yapılabilir. NPT'si negatif hastaların %50'si papaverin enjeksiyonuna normal yanıt vermektedir.

III. Tıbbi Tedaviler

İstek azlığında, eğer yetmezlik yoksa, testosteron veya östrojen kullanımı yersizdir ve işe yaramaz. Eğer hipofizer yetmezlik varsa, replasman yapılmalıdır.⁷ Prolaktin fazlalığına bağlı istek azlığı veya erektil disfonksiyonda bromokriptin kullanılabilir. Alfa-2 reseptör blokerleri (yohimbin gibi) ile ilgili net veriler yoktur. Organik erektil işlev bozukluğu olan hastalarda yürütülen bir çift kör çalışmada, Yohimbin çok etkili bulunmamıştır,⁸ öte yandan, psikojenik nedenli hastalarda yararlı olduğu bildirilmiştir.⁹ Eretil işlev bozukluğu gelişen diyabetik hastalarda, fosfodiesteraz 5 inhibitörleri sildenafil,¹⁰ tadalafil¹¹ ve vardenafil¹² ile olumlu sonuçlar bildirilmiştir.

Vasküler sorun saptanan hastalarda, revaskülarizasyona yönelik cerrahi girişimler yapılabilir. Kesin ve düzeltilemez organik problemi olanlarda, penil protez uygulanacaktır, hem operasyon öncesi hem de operasyon sonrası psikiyatrik değerlendirme ve yardım ihmal edilmemelidir.

Tablo 3: Cinsel İşlev Bozukluklarında Tıbbi Muayene ve Tetkikler

Sistem	Muayenede Dikkat Edilecek Hususlar
Endokrin	kıl dağılımı, jinekomasti, testisler, tiroid bezi
Vasküler	periferik nabazan
GIS	hepatomegali, atrofik karaciğer
Genitoüriner sistem	prostat, pelvik muayene, jinekolojik muayene
Nörolojik muayene	sakral innervasyon: ayak küçük kaslarının hareketi; S1-S2: iç-dış anal sfinkter tonusu; S2-S4: bulbo-kavernoz refleksi; S2-S5: periaanal duyu; periferik sinirler: derin tendon refleksi.

IV. Cinsel Terapi ve Danışmanlık

1. Cinsel danışmanlık

Tıbbi bir rahatsızlığı olan ve buna bağlı cinsel işlevleri etkilenebilecek olan hastalarda, cinsel danışmanlık, henüz cinsel işlevlerde herhangi bir sorun yaşanmadan, kişi hastanede iken ya da taburcu olurken bilgi verilmesiyle başlar. Çoğu kere, bu tür bilgilendirmeler, herhangi bir cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkmasını engeller. Prognoz ve seviye ne olursa olsun, hasta cinsellikten hoşlandığını fark edebilsin diye cesaretlendirilmelidir. Mevcut kapasitesine uygun bir cinsel yaşam için yapılacak öneriler de, cinsel danışmanlık kapsamında önem taşır.

Ürogenital ve jinekolojik hastalıklarda, özellikle ameliyat öncesi bu tür bilgilendirmeler, ameliyat sonrası psikolojik komplikasyonları ve bu arada cinsel işlev bozukluğu gelişme riskini azaltacaktır. Söz gelimi, histerektominin cinsel fizyoloji ve anatomi üzerine etkilerinin açıklanması, birçok hastada görülen yersiz endişe ve kaçınmaları engelleyebilir.

Bazı hastalık ve ameliyatlar, bazı kişilerde zarar görme ve yaralanma korkularına neden olarak, kaçınma davranışlarına yol açarlar.¹³ Kalp hastalıkları ve miyokard enfarktüsü (MI), bu tür kaçınmaların sık görüldüğü hastalıklardır. MI geçiren hastalarına şunlar önerilebilir:

- Yemekten 3 saat sonra cinsel aktivitenin getireceği risk çok azalır.
- Alkollü iken ve sıcak ortamlarda cinsel etkinlikte bulunmayın, en uygun zaman iyi dinlenilmiş bir gecenin sabahıdır.
- Emosyonel gerginlik veren durumlar ve kısıtlı zamanlarda cinsel etkinlikte bulunmayın.
- Profilaktik nitrogliserin yararlı bir uygulamadır.
- Düzenli ve uygun egzersizler, cinsel etkinliğin getirebileceği riski çok azaltırlar.

Spinal kord yaralanması geçiren hastalarda, dışkı ve idrar enkontinansı, cazibelerini yitirdikleri duygusu uyandırır. Barsak ve mesanelerini boşaltıp ilişkiye girmeleri, bu korkularını azaltabilir. Foley takılmış erkekler, tüpü penis üzerine katlayabilir ve sonra üzerine kondom geçirip, ilişkiye girebilir; kadınlar foleyli idrar torbasını boşaltıp, kateteri bacağına bağlayabilirler. Değişik şekillerde dokunma ve cinsel etkinlikler deneyebilirler, karşılıklı masturbasyon yapabilirler.

Ereksiyon sağlayamayan erkeklerde, kadın, erekte olmamış penisi eliyle vaginaya yerleştirir ve vagina kaslarıyla yardımcı olursa, ereksiyon olabilir.

2. Cinsel terapi

Cinsel terapide, cinsel işlevleri bozan psikik etkenlerin çözülmesi ve cinsel işlevleri olumlu etkileyecek etkenlerin eklenmesi yoluyla, çiftlerin cinsel yanıtı için, en uygun psikolojik durumun yaratılması amaçlanır. Performans anksiyetesi ve başarısızlık korkusunun azaltılması, çiftler arasındaki kırgınlıkların çözülmesi güven duygusunun artırılması, çiftlerin genel ve cinsel iletişiminin artırılması bu bağlamda ön planda olması gereken konulardır. Ayrıca yanlış bilgi ve inanışların düzeltilmesi, özellikle erkek mitlerinin erkeğe yaptığı baskı ve yükün azaltılması da önemli unsurlardandır.

Cinsel terapinin 3 temel elemanı vardır:

1. Genel psikoterapötik yaklaşım

Anlama, saygı, empati, yargılamama ve güven verme yoluyla, hastanın veya çiftin kendini ifade edebilmesini ve kendilerini anlayabilmelerini sağlayarak;

- a. kişi veya çiftlerin neden bazı davranışlarda zorlandıklarını anlamalarını kolaylaştırmak,
- b. sorunlarına neden olan davranış ve tutumlarını anlamalarını kolaylaştırmak,
- c. duygularını ve isteklerini birbirlerine ifade etmelerini artırmak,
- d. iletişimlerini ve birbirlerini anlamalarını artırmak.

2. Davranış teknikleri

Sevişme sırasında sözel ve fiziksel iletişim yöntemleri ile çiftin güvenini artırmak ve korkularını gidermek amacıyla, basamak halinde, kapasitelerine ve isteklerine uygun bir cinsel yaşama ulaşmalarını kolaylaştıran teknikleri içerir.

3. Bilgi verme ve eğitim

Normal kavramları, mevcut rahatsızlıklarının cinsel işlevlerini etkileyip etkilemediği, etkilediyse ne ölçüde etkilediği, kadın ve erkeğin cinsel anatomisi ve fizyolojisi ile ilgili açık anlaşılır bilgiler vermek ve bu konudaki sorularını yanıtlamak.

Kaynaklar

1. Hawton K. Sex therapy-a practical guide. New York: Oxford University Press; 1985.
2. Bancroft J. Sexual science in 21 st century: where are we going? J Sex Res 1999; 36: 226-229.
3. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. İstanbul: Roche Müstahzarları Sanayi; 1993.
4. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. J Epidemiol Community Health 1999; 53: 144-148.
5. Abramov LA. Sexual life and sexual frigidity among women developing acute myocardial infarction. Psychosom Med 1976; 38: 418-425.
6. Wabrek AJ, Burchell RJ. Male sexual dysfunction associated with coronary heart disease. Arch Sex Behav 1980; 9: 69-75.
7. Bancroft J, Wu IC. Changes in erectile responsiveness during androgen replacement therapy. Arch Sex Behav 1983; 12: 59-66.
8. Susset JG, Tessier CD, Wincze J, et al. Effect of yohimbine hydrochloride on erectile impotence: a double-blind study. J Urol 1989; 141:1360-1363.
9. Reid K, Surridge DH, Morales A, et al. Double-blind trial of yohimbine in treatment of psychogenic impotence. Lancet 1987; 2: 421-423.
10. Stuckey BG, Jadzinsky MN, Murphy LJ, et al. Sildenafil citrate for treatment of erectile dysfunction in men with type 1 diabetes: results of a randomized controlled trial. Diabetes Care 2003; 26: 279-284.
11. Sáenz de Tejada I, Anglin G, Knight JR et al . Effects of tadalafil on erectile dysfunction in men with diabetes. Diabetes Care 2002; 25: 2159-2164.
12. Goldstein I, Young JM, Fischer J, et al. Vardenafil, a new phosphodiesterase type 5 inhibitor, in the treatment of erectile dysfunction in men with diabetes: a multicenter double-blind placebo-controlled fixed-dose study. Diabetes Care 2003; 26: 777-783.
13. Kaplan SH. The new sex therapy. New York: Brunner/Mazel Pub; 1974.