

Antidepresif İlaçların Yol Açtığı Cinsel Yan Etkiler ve Başa Çıkma Yolları

Cem İNCESU *

ÖZET

Yapılan çalışmalar, cinsel işlev bozukluğu saptanan olguların üçte biri ile yarısı arasındaki bir bölümünde başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere psikiyatrik bir hastalığın tabloya eşlik ettiğini ortaya koymaktadır. Gerçekten de cinsel işlev bozuklukları ile depresyon arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Bu durum, son yıllarda antidepresif ilaçların yüksek oranda cinsel işlev bozukluklarına yol açtuklarının saptanması ile birlikte daha da karmaşık hale gelmiştir. Yapılan çalışmalar, trisiklik antidepresanlar ile MAO inhibitörlerinin yanı sıra, genelde yan etki potansiyeli daha düşük olan SSRI'ların da sık olarak cinsel yan etkiler ortaya çıkardığını göstermektedir. Bu ilaçlar cinselliğin istek, uyarılma ve orgazm olmak üzere bütün aşamalarını etkileyebilmektedirler. Bu yazıda, antidepresif ilaçların yol açtığı cinsel yan etkilere değinilerek, klinisyenlerin göz önünde bulundurulması gereken noktalar vurgulanmıştır.

Anahtar kelimeler: Antidepresan, yan etki, cinsel işlev bozukluğu

Düşünen Adam, 2001, 14(4): 221-226

SUMMARY

It has been shown that from one third to half of the patients whose have a diagnosis of sexual dysfunction, had comorbid psychiatric disorders, especially depression and anxiety disorders. Actually, there is a bidirectional relation between sexual dysfunctions and depression. This relation is now more complicated after the trials that has shown the high rate of sexual side effects of antidepressants. Trials has shown that, besides tricyclic antidepressants and MAO inhibitors, SSRI's have also high rates of sexual side effects. SSRI's may effect all phases of sexuality like sexual desire, excitement and orgasm. In this article, sexual side effects of antidepressants and coping strategies for physicians is mentioned.

Key words: Antidepressant, side effect, sexual dysfunction

GİRİŞ

Son yıllarda, depresyon ve anksiyete bozukluklarının toplumlardaki yüksek prevalansının yapılan çeşitli çalışmalarla ortaya çıkarılması dikkatleri özellikle bu alanlara yöneltmiştir. Buna ek olarak, özellikle son 10 yılda bu hastalıkların tedavisinde sık olarak kullanılan antidepresif ilaçlarda sağlanan gelişmeler, bu gruptaki ilaçların yaygın biçimde kul-

lanılmaya başlanmasına yol açmıştır. Daha eski kuşakta yer alan trisiklik antidepresanlara oranla SSRI ve RIMA gibi yeni kuşak antidepresanlar, düşük yan etki profilleri ve tolerabiliteleri açısından belirgin bir üstünlük sergilemekte ve giderek daha yaygın biçimde kullanılmaktadırlar.

Cinsel işlev bozukluklarının genellikle psikolojik kökenli oldukları kabul edilmektedir. Gerçi son yıl-

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

larda tıbbi teknoloji ve görüntüleme sistemlerinde görülen başdöndürücü ilerlemeler, başta erektil disfonksiyon olmak üzere çeşitli cinsel işlev bozukluklarının etyolojisinde, daha önceden saptanamayan organik etkenlerin düşünüldüğünden daha yüksek oranda rol oynadığını ortaya koymuştur. Ancak günümüzde halen psikolojik etken ya da hastalıkların, birincil ya da ikincil süreçlerle cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında hazırlayıcı, başlatıcı ve sürdürücü olarak önemli işlevler gördükleri genel bir kanıdır.

Başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere bir çok psikiyatrik hastalık, cinsel işlevlerde geçici ya da kalıcı kayıplara neden olmaktadır. Öte yandan, primer olarak ortaya çıkan cinsel işlev bozukluğu olgularında da zamanla ikincil olarak depresyon, anksiyete ve uyum bozuklukları gelişmektedir. Gerçekten de cinsel işlev bozuklukları ile psikiyatrik bozukluklar arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Yukarıda belirtildiği gibi cinsel işlev bozuklukları altta yatan depresyon gibi bir psikiyatrik tablonun semptomu olabileceği gibi, primer olarak ortaya çıkan bir cinsel işlev bozukluğu, kişide, zamanla ikincil olarak depresyon, anksiyete ya da çeşitli uyum bozuklukları ile kişiler arası ve aile içi ilişkilerin bozulmasına yol açabilmektedir. Sonuç olarak, ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalar, cinsel işlev bozukluğu saptanan olguların üçte biri ile yarısı arasındaki bir bölümünde psikiyatrik bir hastalığın tabloya eşlik ettiğini ortaya koymaktadır (1-7).

Kapsamlı ve ayrıntılara inen bir cinsel öykünün önemi burada bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Çünkü, cinsel işlev bozukluğuna eşlik eden psikiyatrik bir bozukluk saptandığında, psikiyatrik tablonun birincil ve cinsel işlev bozukluğunun ise bu tablonun bir semptomu mu olduğu, yoksa cinsel işlev bozukluğunun birincil, eşlik eden psikiyatrik tablonun ikincil olarak mı ortaya çıktığını anlamanın en etkin yolu dikkatli bir cinsel öyküden ve psikiyatrik değerlendirmeden geçmektedir. Birincisinde, doğrudan psikiyatrik hastalığın tedavisine yönelinecek, ikincisinde ise öncelikli olarak cinsel işlev bozukluğunun tedavisi ele alınacaktır.

Sonuç olarak, cinsel işlev bozukluklarının tedavi sürecinde antidepresif ve anksiyolitik tedavinin büyük

önemi vardır. Bu durum elbette cinsel terapilerin önemini azaltmamakta, tam tersine arttırmaktadır. Ancak, cinsel terapilerin etkinliği açısından da antidepresif ve anksiyolitik tedavinin önemi bulunmaktadır, cinsel işlev bozukluklarında kendine özgü kuralları vardır ve her hekim bunları dikkate almak durumundadır.

Psikiyatrik tedavilerde kullanılan ilaçların önemli bir bölümü yan etki olarak cinsel işlev bozukluklarına yol açmaktadır (8). Geçmişte sık olarak kullanılan trisiklik antidepresifler ile MAO inhibitörlerinin yüksek oranda cinsel işlev bozukluklarına yol açtıkları yapılan çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştu. Ancak genel olarak yan etkiler açısından daha güvenilir ve hastalar açısından daha tolerabl olan ve bu nedenle yaygın olarak kullanılan SSRI grubu antidepresiflerin de, başlangıçta sanıldığı aksine, yüksek oranlarda cinsel işlev bozukluklarına yol açtıkları son yıllarda yapılan çalışmalarda saptanmıştır (9-13). SSRI'ların başlangıçta cinsel yan etkilerinin çok düşük oranda belirtilmesinin ve uzun süre bu yan etkilerin gündeme gelmemesinin, bu yan etkileri hastaların kendiliğinden hekimlerine söyleyememesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim, yapılan bir çalışmada, SSRI grubu antidepresif kullanmakta olan hastaların kendiliğinden belirttikleri cinsel yan etki oranı % 14 iken, bu oran hekimler bizzat cinsel yan etkileri sorduklarında % 58'e çıkmıştır (9).

Cinsel yan etkileri ve ilaçların cinsel işlevler üzerindeki etkilerini anlatırken bu etkileri birincil ve ikincil olarak ikiye ayırmanın yararı vardır. İlaçların cinsel istek, uyarılma ve orgazm aşamalarına olan doğrudan etkileri birincil, yol açtıkları diğer yan etkiler aracılığıyla cinsel işlevler üzerindeki etkileri ise ikincil yan etkilerdir.

Antidepresanların yol açtığı doğrudan cinsel yan etkiler Tablo 1'de verilmiştir. Görüleceği gibi, antidepresanlar cinsel işlevin bütün aşamalarını olumsuz yönde etkileyebilmektedirler. Aslında bu yan etkilerin bir çoğu birbiriyle doğrudan bağlantılı olup karşılıklı etkileşim halinde cinsel işlevleri bozabilmektedirler. Lubrikasyon azalmasına bağlı vajinal kuruluk disparoniye neden olabilmekte ya da cinsel istekteki azalma ereksiyon güçlüklerine yol açabilmektedir. Yapılan çalışmalar, antidepresanların en çok orgazm ve istek aşamalarını etkilediğini ortaya koymuştur (8).

Tablo 1. Antidepresanlara bağlı olarak gelişen cinsel yan etkiler

-
- A) Cinsel istek**
- Cinsel istekte azalma
- B) Uyarılma**
- Erektile disfonksiyon
- Lubrikasyonda azalma
- Vajinal kuruluğa bağlı dispareni
- C) Orgazm**
- Anorgazmi
- Spontan orgazm
- Orgazm sıklığında azalma
- Orgazma ulaşmada güçlük
- Retarde ejakülasyon
- Anhedonik orgazm
-

Tablo 2. Antidepresanların ikincil cinsel yan etkileri.

-
- A) Huzursuluk hissi**
- cilt, ağız, muköz membranlardaki kurumalara bağlı
- konstipasyon
- ödem
- kilo alımı
- hazımsızlık
- bulantı
- döküntü, kaşıntı
- üriner problemler (retansiyon)'e bağlı
- B) Mizaç bozukluklarına bağlı olarak**
- Anhedoni
- Anksiyete
- Sinirlilik
- Depresyon
- Yabancılaşma
- İritabilite
- Mani
- C) Nörolojik bozukluklara bağlı**
- Analjezi
- Kognitif kayıplar
- Baş dönmesi
- Yorgunluk
- Baş ağrısı
- Hareket bozukluğu
- Ağrı
- Uyuşma
- Uyku bozukluğu
- His kaybı
- Tremor
- Güçsüzlük
- D) Vasküler bozukluklara bağlı**
- Aritmiler
- Baş ağrısı
- Periferik vazokonstriksiyon
- Nefes darlığı
-

Antidepresanların yol açtığı ikincil cinsel yan etkiler ise Tablo 2'de verilmiştir (8). Bu yan etkiler doğrudan cinsel işlevlerle ilgili değildir. Ancak yol açtıkları etkiler aracılığıyla kişiyi ya da çifti rahatsız et-

mekte, cinsel işlevleri ve cinsel doyumunu ikinci olarak olumsuz yönde etkileyebilmektedirler. İlaçların cinsel yaşama yönelik etkilerini incelerken bu tür ikincil süreçleri de gözönünde tutmak gerekmektedir.

Trisiklik antidepresanlar: Cinsel işlevler üzerindeki yan etkileri en iyi bilinen antidepresan grubudur. Son 35 yıl içerisinde yapılan çok sayıda araştırma ve olgu sunumu, bu grup ilaçların cinsel istek, uyarılma ve orgazm aşamalarının her üçünü de olumsuz yönde etkilediğini vurgulamaktadır. Trisiklik antidepresanlar arasında en az cinsel yan etkilere neden olanları dezipramin ve nortriptilin, orta derecede cinsel yan etkilere neden olanların protriptilin ve imipramin; en çok cinsel yan etkilere neden olanların ise klomipramin, amitriptilin ve doksepin olduğu belirtilmektedir (8).

Trisiklik antidepresanların, cinsel işlevler üzerindeki olumsuz etkilerini, kolinerjik ve beta-adrenerjik aktivite ile histamin ve oksitosin düzeylerinde yol açtıkları azalma ile prolaktin ve serotonin düzeylerinde yol açtıkları artış aracılığıyla oluşturdukları düşünülmektedir (8).

MAO İnhibitörleri: Cinsel işlevleri % 20-40 oranında olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (14-16). Özellikle 1980'li yılların ortalarında yaptığı iki ayrı sistematik çalışmada Harrison, fenelzinin imipramin ve plaseboya oranla daha yüksek oranda cinsel yan etkilerinin olduğunu belirtmiştir (15,16).

MAO inhibitörlerinin, cinsel işlevler üzerindeki olumsuz etkilerini, trisiklik antidepresanlara benzer şekilde kolinerjik ve beta-adrenerjik aktivitede yol açtıkları azalma ile prolaktin ve serotonin düzeylerinde yol açtıkları artışa aracılığıyla oluşturdukları düşünülmektedir (8).

SSR: SSRI grubu antidepresanlar genel olarak cinsel işlevin bütün aşamalarını olumsuz yönde etkileyebilmekle birlikte, esas olarak "organizm" aşamasını etkilemektedirler (13). Kadınlarda orgazm olmama ya da daha zor olma orgazm olma erkeklerde ise ejakülasyonda gecikme, ejakülasyonda inhibisyon ya da anhedonik ejakülasyon sık olarak karşılaşılan yakınmalardır (17,19).

Tablo 3. Önerilen antidotlar.

- **Amantadin:** 100-200 mg (600 mg'a kadar çıkılabilir)
- **Betanekol:** 30 mg (cinsel aktiviteden 1-2 saat önce)
- **Siproheptadin:** 4-12 mg (cinsel aktiviteden 1-2 saat önce)
- **Buspiron:** 15-300 mg (cinsel aktiviteden 1-2 saat önce)
- **Dextroamfetamin:** 2.5-10 mg, (cinsel aktiviteden 1-12 saat önce ya da günde 1-2 kez, günde 40 mg'a kadar çıkılabilir).
- **Metilfenidat:** 5-15 mg (cinsel aktiviteden 1-12 saat önce ya da günde 1-2 kez, günde 60 mg'a kadar çıkılabilir)
- **Yohimbin:** 5 mg (cinsel aktiviteden 2-4 saat önce)
- **Ginkgo biloba ekstresi:** 60-120 mg/gün
- **Bupropion:** 75 mg (cinsel aktiviteden 1-2 saat önce ya da günde 1-2 kez)
- **Trazodon:** 50-100 mg (cinsel aktiviteden 1-2 saat önce ya da günde 1-2 kez)
- **Nefazodon:** 100 mg (cinsel aktiviteden 1-2 saat önce ya da günde 2 kez)
- **Mirtazapin:** 15-30 (cinsel aktiviteden 1-2 saat önce ya da günde 1 kez)
- **Sildenafil:** 50-100 mg (cinsel aktiviteden 1 saat önce)

SSRI'ların cinsel işlevler üzerindeki olumsuz etkileri, esas olarak serotonin aktivitesinde yol açtıkları artış ile yine kortizol, opioid ve prolaktin düzeylerinde yol açtıkları artışa bağlanmaktadır (8).

Cinsel işlevleri olumsuz yönde en çok paroksetinin etkilediğini belirten yayınlar vardır (8,9). Bazı çalışmalar tersini belirtse de (9), fluvoksaminin diğer SSRI'lara oranla daha az cinsel yan etki yaptığına dair yayınlar bulunmaktadır (20).

Özellikle SSRI grubu antidepresanların diğer yan etkilerinin fazla olmaması ama buna karşılık "ejakülasyonda gecikme" yan etkilerinin olması nedeniyle "prematür ejakülasyon" sorunu olan erkeklerde bir çözüm olarak önerilmiştir (21). Ancak bu konudaki çalışmalar henüz yeterli değildir. Hangi antidepresanların tercih edilmesi gerektiği, dozaj ve tedavi süresi gibi noktalar netleşmemiştir. Bu nedenle, şimdilik bu konudaki görüşler tartışmaya açıktır. Ancak, aşağıda belirtilen nedenler yüzünden, prematür ejakülasyonda antidepresan kullanımı yeterli ve kalıcı bir çözüm gibi durmamaktadır:

- Bu yan etki oluşan kişilerin birçoğu ejakülasyonun ileri derecede gecikmesi hatta inhibisyonundan ya da anhedonik bir ejakülasyon sürecinden yakınmaktadır.
- Bu ilaçların cinsel işlevin diğer aşamaları üzerinde de yan etkileri vardır. Yani cinsel isteği ve uyarılma-

Tablo 4. Cinsel işlev bozukluğu yan etkisi görece az olan antidepresanlar.

Halen ülkemizde bulunanlar	Halen ülkemizde bulunmayanlar
<ul style="list-style-type: none">• Moklobemid• Trazodon• Mirtazapin• Nefazodon	<ul style="list-style-type: none">• Bupropion• Minaprin

ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedirler.

• Yalnızca istenilen yan etkiyi oluşturduğu durumlarda bile ortada bir sorun vardır. O da, bu ilaçların kesilmesinden sonra sorunun kaldığı yerden devam etmesidir. Çünkü prematür ejakülasyonda asıl çözüm kişinin "ejakülasyon kontrolünü" öğrenmesidir. Konunun uzmanları tarafından uygulanan davranışçı-kognitif terapi teknikleriyle bu, yüksek bir başarı yüzdesiyle sağlanabilmektedir.

Yine de, antidepresanlar cinsel terapinin çeşitli nedenlerle uygulanmadığı, ya da özellikle dirençli olgularda terapiye ek olarak uygulanabilirler.

Antidepresif tedavi ve cinsel yan etkiler: Antidepresif tedavi uzun süreli bir tedavidir. Tedavi süresi aylar hatta yılları bulabilir. Bu nedenle cinsel yan etkilere gereken önemi vermek klinisyen açısından önem kazanmaktadır. Son yıllarda başta SSRI'lar olmak üzere, antidepresiflerin giderek yaygınlaşan ölçüde kullanılmaya başladıkları düşünüldüğünde bu durum daha da önem kazanmaktadır. Hekimlerin genellikle aşağıdaki ilkelere dikkat etmeleri önerilmektedir:

- Klinisyenler, antidepresif tedavi başlarken diğer semptomların yanısıra cinsel işlevleri de mutlaka sorgulamalı, ilacı başlarken hastaya diğer yan etkilerinin yanısıra olası cinsel yan etkilerden de mutlaka söz etmeli, bu konuda gerekli bilgileri vermeli ve sonraki muayenelerde de cinsel yan etkileri hastaya bırakmadan kendisi sormalıdır.
- Antidepresif ilaçların cinsel işlev bozukluğu yan etkileri, depresyon ya da anksiyete bozukluğunun diğer birçok yan etkisiyle başatmak zorunda olan hastalar için başlangıçta öncelikli bir sorun olarak ortaya çıkmamaktadır. Ancak, tedavinin ilerleyen aşı-

malarında depresyon ya da anksiyete semptomlarının gerilemesiyle birlikte cinsel işlev bozukluğu belirtileri sürüyorsa hastalar için zamanla giderek artan biçimde sorun olmaya başlamaktadır. Antidepresif tedavinin, semptomların ortadan kalkmasından sonra da aylar ve hatta bazen yıllar boyu sürmesi gerektiği düşünüldüğünde, hastaların tedaviyi sürdürmemelerinde bu durumun önemli bir etken olacağı açıktır. Psikiyatrik hastalık öncesinde düzenli ve sorunsuz bir cinsel yaşamı olan, ancak antidepresif tedavi sırasında diğer belirtilerin ortadan kalkmasına rağmen cinsel işlev bozukluğundan hala yakınmaya devam eden ya da sosyokültürel nedenlerle kendisi yakınmasa da cinsel işlev bozukluğu hekim tarafından saptanan olgularda bu durum büyük olasılıkla kullanılan ilaca bağlı bir yan etki olarak kabul edilmeli ve gereken önlemler “beklenmeden” alınmalıdır. Gereken önlemlerin “beklenmeden” alınması ifadesi özellikle konulmuştur. Çünkü sanıldığı gibi aksine, son zamanlarda yapılan çalışmalar, zaman içerisinde ilaçlara bağlı cinsel işlev bozukluklarına çoğunlukla tolerans gelişmediğini ortaya koymaktadır (9,19,22).

İlginç bir gözlem de, antidepresif tedaviye bağlı cinsel işlev bozukluğu gelişen birçok hastanın, bilgilendirilmemiş olması nedeniyle bu durumu doğal olarak kullandığı ilaçla bağlantılandırmayarak, “vajinal kuruluk” ya da “sertleşme sorunu” gibi yakınmalarla kendi hekimleri dışında ayrıca başka hekimlere başvurdukları şeklindedir. Burada önemli olan bir nokta, bazı hekimlerin de gerçekten kişide primer bir cinsel işlev bozukluğu olduğu düşüncesiyle ayrıntılı tetkik ve tedavi çabalarına yönelmesidir. Bu, hasta için gereksiz bir zaman ve kaynak kaybı olmanın ötesinde, kendisinde gerçekten bir cinsel işlev bozukluğu olduğu yanlışlığına yol açması açısından sakınılması gereken bir durumdur. Bazı kişilerde, hekim tarafından istenmeden de olsa oluşturulan bu yanlışlığın saplantıya ve performans anksiyetesine dönüşmesi ile primer bir cinsel işlev bozukluğuna dönüşebilmekte, daha sonra ilacın kesilmesi ya da değiştirilmesi durumunda bile sorun devam edebilmektedir.

- Antidepressanların oluşturduğu cinsel işlev bozukluklarıyla başetme konusunda son yıllarda birçok çalışma yapılmaktadır. Çözüm önerileri arasında tolerans gelişimi için bir süre bekleme (23,24), ilacın dozunu azaltma (25,26), cinsel yan etki yapmayan

başka bir antidepressanla değiştirme (9,27,28), hafta sonları ara verme ya da tedaviye yohimbin (29,30), buspiron (8), amantadin (31,32), ciproheptadin (33,35), bupropion (36), psikostimülanlar (37,38), ginkgo biloba (39) vb eklenmesi bulunmaktadır (Tablo 3). Bu alandaki çalışmalar henüz yeni olup kesin bir sonuca ulaşmamıştır. Bugün için en etkili çözüm, ilk aşamada ilacın dozunu azaltmak, yine de yan etki ortadan kalkmıyorsa kullanılan antidepressanı değiştirmek gibi durmaktadır.

- Tablo 4’de belirtilen antidepressanlar, cinsel işlevler açısından görece daha güvenilir olduğu belirtilen antidepressanlardır (8). Yapılan çok merkezli, çift-kör bir çalışmada SSRI kullanımına bağlı gelişen cinsel işlev bozukluğu olgularında, SSRI’ın kesilip yerine moklobemid başlanan olguların % 80’inde ve amineptin başlanan olguların ise % 60’ında cinsel işlev bozuklukları tamamen ortadan kalkmıştır (9). Gerçekten de, moklobemid ve amineptinin cinsel işlevler üzerinde görece az yan etkisi bulunmaktadır (40-43). Yine serotonerjik sistem üzerinden etki eden ancak cinsel yan etkileri az olan trazodon ve nefazodonun da cinsel işlev bozuklukları oluşturmama açısından önemli birer alternatif oldukları belirtilmektedir (8,44-46).

- Anksiyolitik/Sedatif-Hipnotik ilaçlar açısından söylenmesi gereken birkaç önemli nokta vardır. Bir 5 HT1A agonisti olan buspironun cinsel işlevler üzerinde olumsuz bir etkisi olmadığı bildirilmektedir (8). Başta alprozolam ve diazepam olmak üzere bütün benzodiazepinlerin cinsel işlevler üzerindeki etkisi paradoksaldir. Cinsel işlevler üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir fakat öte yandan anksiyolitik etkileri aracılığıyla olumlu etkileri de olduğu belirtilmektedir (8). Ancak yeşil reçeteye tabi olan bu grup ilaçlar geçmişte ve halen, sık olarak hastalar tarafından kötüye kullanılmıştır. Bir bölümü ise ilaca bağımlılık geliştirmişlerdir. Bu nedenle bu alanda çok dikkatli ve ancak gerekli olduğunda, kısa süreli kullanılmadılar.

KAYNAKLAR

1. Maurice WL, Guze SB: Sexual dysfunction and associated psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry* 11(6):539-543, 1970.
2. Derogatis LR, Meyer JK, King KM: Psychopathology in individuals with sexual dysfunction. *Am J of Psychiatry* 138(6):757-

763, 1981.

3. Catalan J, Hawton K, Day A: Couples referred to a sexual dysfunction outpatient clinic: Psychological and Physical Morbidity. *British Journal of Psychiatry* 156:61-67, 1990.
4. Fagan PJ, Schmidt CW, Wise TN, et al: Sexual dysfunction and dual psychiatric diagnosis. *Comprehensive Psychiatry* 29(3):278-284, 1988.
5. Sungur M: Evaluation of couples referred to a sexual dysfunction unit and prognostic factors in sexual and marital therapy. *Sexual and Marital Therapy* 9(3):251-265, 1994.
6. Yetkin N, İncestü C: Assessment of 200 subjects referred to a sexual dysfunction outpatient clinic and Turkey. 13th World Congress of Sexology, Valencia, 1997. Abstract Book, 101.
7. Taştan U: Erkek cinsel işlev bozukluklarında anksiyete ve depresyon. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 9. Psikiyatri Birimi, İstanbul, 1996.
8. Crenshaw TL, Goldsberg JP: Sexual aspects of neurochemistry. Goldberg JP (ed) *Sexual Pharmacology*. New York, WW Norton & Company 1996; 273-307.
9. Montejó-González AL, Liorca G, Izquierdo JA, et al: SSRI-Induced sexual dysfunction: Fluoxetine, paroxetine, sertraline and fluvoxamine in a prospective, multicenter and descriptive clinical study of 344 patients. *Journal of Sex & Marital Therapy* 23(3):176-194, 1997.
10. Ashton AK, Hamer R, Rosen RC: Serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction and its treatment: A Large-scale retrospective study of 596 psychiatric outpatients. *Journal of Sex & Marital Therapy* 23(3):165-175, 1997.
11. Margolese HC and Assalian P: Sexual side effects of antidepressants: A Review. *Journal of Sex & Marital Therapy* 22(3):209-217, 1996.
12. Waldinger MD, Olivier B: SSRI-Induced sexual dysfunction: Clinical and research considerations. *Int Clinical Psychopharmacology* 13(6):27-33, 1998.
13. Labbate LA, Grimes J, Hines A, et al: Sexual dysfunction induced by serotonin reuptake antidepressants. *Journal of Sex & Marital Therapy* 24:3-12, 1998.
14. Buigues J, Vallejo J: Therapeutic response to phenelzine in patients with panic disorders and agoraphobia with panic attacks. *J of Clin Psychiatry* 48:55-59, 1987.
15. Harrison WM, Stewart J, Ehrhardt AA, et al: A controlled study of the effects of antidepressants on sexual function. *Psychopharmacology Bulletin* 21:65-85, 1985.
16. Harrison WM, Stewart J, Ehrhardt AA, et al: Effects of antidepressant medication on sexual function. A Controlled Study. *J of Clin Psychopharmacology* 6:144-49, 1986.
17. Jani NN, Wise TN: Antidepressants and inhibited female orgasm: A Literature Review. *Journal of Sex & Marital Therapy* 14(4):279-284, 1988.
18. Zajecka J, Fawcett J, Schaff M, et al: The Role of serotonin in sexual dysfunction: Fluoxetine-associated orgasm dysfunction. *J of Clin Psychiatry* 52(2):66-68, 1991.
19. Monterio WO, Noshirvani HF, Marks IM, et al: Anorgasmia from clomipramine in obsessive-compulsive disorder. A Controlled Trial. *Brit J of Psychiatry* 151:107-112, 1987.
20. Waldinger MD, Olivier B: Selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction: clinical and research considerations. *International Clinical Psychopharmacology* 13(Suppl 6):27-33, 1998.
21. Balon R: Antidepressants in the treatment of premature ejaculation. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 22(2):85-96, 1998.
22. Ashton AK, Rosen RC: Accommodation to serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy* 24:191-192, 1998.
23. Nurnberg HG, Levine PE: Spontaneous remission of MAOI-Induced anorgasmia. *Am J Psychiat* 144:805-807, 1987.
24. Karp JF, Frank E, Ritenour A, et al: Imipramine and sexual dysfunction during long-term treatment of recurrent depression. *Neuropsychopharmacology* 11:21-27, 1994.
25. Gitlin MJ: Psychotropic Medications and Their Effects on sexual function: diagnosis, biology, and treatment approaches. *J Clin Psychiat* 55:406-413, 1994.
26. Aizenberg D, Zeminshlany Z, Hermesh H, et al: Painful ejaculation associated with antidepressants in four patients. *J Clin Psychiat* 52:461-463, 1991.
27. Sovner R: Anorgasmia associated with imipramine but not desipramine: Case Report *J Clin Psychiat* 44:345-346, 1983.
28. Gardner EA, Johnston JA: Bupropion: An antidepressant without sexual pathophysiological action. *J Clin Psychopharmacol* 5:24-29, 1985.
29. Jacobsen FM: Fluoxetine-Induced sexual dysfunction and an open trial of yohimbine. *J Clin Psychiat* 53:119-122, 1992.
30. Hollander E, McCarley A: Yohimbine treatment of sexual side effects induced by serotonin reuptake blockers. *J Clin Psychiat* 52:207-209, 1992.
31. Balon R: Intermittent amantadine for fluoxetine-induced anorgasmia. *Journal of Sex & Marital Therapy* 22(4):290-292, 1996.
32. Balogh S, Hendricks SE, Kang J: Treatment of fluoxetine-induced anorgasmia with amantadine. *J Clin Psychiat* 53:212-213, 1992.
33. McCormick S, Olin J, Brotman AW: Reversal of fluoxetine-induced anorgasmia by cyproheptadine in two patients. *J Clin Psychiat* 51:383-384, 1990.
34. Amott S, Nutt D: Successful treatment of fluvoxamine-induced anorgasmia by cyproheptadine. *Br J Psychiat* 164:838-839, 1994.
35. Feder R: Reversal of Antidepressant activity of fluoxetine by cyproheptadine in three patients. *J Clin Psychiat* 52:163-164, 1991.
36. Walker PW, Cole JO, Gardner EA, et al: Improvement in fluoxetine associated sexual dysfunctions in patients switched to bupropion. *J Clin Psychiat* 54:459-465, 1993.
37. Gitlin MJ: Treatment of sexual side effects with dopaminergic agents. *J Clin Psychiat* 56:124, 1995.
38. Bartlik B, Kaplan P, Kaplan HS: Psychostimulants apparently reverse sexual dysfunction secondary to SSRI's. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 21:264-271, 1995.
39. Cohen AJ, Bartlik B: Ginkgo biloba for antidepressant-induced sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 24(2):139-143, 1998.
40. Philipp M, Kohhnen R, Benkert O: Comparison study of moclobemide and doxepine with special reference to the effects on sexual dysfunction. *Neuropsychopharmacology* 10(35:2):845, 1994.
41. Kennedy SH, Ravelski E, Davis C, et al: The effects of moclobemide on sexual desire and function in health volunteers. *European Neuropsychopharmacology*, 6:177-181, 1996.
42. Tatarelli R, Giraldi P, Vella G: Symptomes-cibles des antidepresseurs L'Encephale 10:29-32, 1984.
43. De Leo D, Dalla Barba G: Amineptine versus amitriptiline: Effects on depression, sex drive, and prolactin levels. *Current Therapeutic Research*, 40:124-132, 1986.
44. Feiger A, Kiew A, Shrivastava RK, et al: Nefazodone versus sertraline in outpatients with major depression: Focus on efficacy, tolerability, and effects on sexual function and satisfaction. *J Clin Psychiat* 57(Suppl 2):53-62, 1996.
45. Fontaine R, Ontiveros A, Elie R, et al: A double-blind comparison of nefazodone, imipramine and placebo in major depression. *J Clin Psychiat* 55:234-241, 1994.
46. Rickels K, Schweizer E, Clary C, et al: Nefazodone and imipramine in major depression: A placebo controlled trial. *Br J Psychiat* 164:802-805, 1994.