

Penil Protez İmplantasyonu Sonrasında Gelişen Orgazm Bozukluğunun Kognitif Davranışçı Yaklaşım ve Mirtazapinle Tedavisi: Bir Olgu Sunumu

Murat Gülsün¹, Barbaros Özdemir², Adnan Cansever³, İlker Taşçı⁴

ÖZET:

Penil protez implantasyonu sonrasında gelişen orgazm bozukluğunun kognitif davranışçı yaklaşım ve mirtazapinle tedavisi: Bir olgu sunumu

Literatürde penil protez implantasyonunun postoperatif komplikasyonlarından söz edilmekte, orgazm işlevini ise etkilemediği bilinmektedir. Operasyon sonrasındaki cinsel işlevin psikojenik boyutları hakkında araştırmaya çok az yer verilmektedir. Penil protez implantasyonu sonrasında gelişen orgazm bozukluğuna literatürde rastlanmamıştır. Bu yazıda penil protez implantasyonu geçiren bir olguda gelişen orgazm bozukluğunun kognitif davranışçı yaklaşım ve mirtazapin tedavisine verdiği olumlu yanıt tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: penil protez implantasyonu, orgazm bozukluğu, mirtazapin

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2004;14:92-96

ABSTRACT:

Efficient treatment of anorgasmia due to penile prosthesis implantation with combined treatment of cognitive behavioral therapy and mirtazapine

Although postoperative complications of penile prosthesis implantation have been widely investigated, and has not been found to be associated with orgasm function, little is known about its effects on psychogenic aspects of sexual functioning after such a treatment approach. Reports of orgasmic dysfunction after penil prosthesis operation is lacking in the literature. We report a case who developed orgasmic dysfunction (anorgasmia) after penile prosthesis operation and later showed significant improvement with combined cognitive behavioral approach and mirtazapine treatment.

Key words: penil prosthesis implantation, orgasmic disorder, mirtazapine

Bull Clin Psychopharmacol 2004;14:92-96

GİRİŞ

Penil protez implantasyonunun orgazm ve ejakülasyon işlevini etkilemediği ileri sürülmüştür. Coleman ve arkadaşları (1985) operasyon öncesinde psikojenik kökenli orgazm bozukluğu olan 5 olguda postoperatif dönemde düzelme görüldüğünü belirtmektedirler (1). Postoperatif dönemin psikojenik yönüne ilişkin araştırma sayısının azlığı dikkati çekmektedir. Salama (2004) penil protez implantasyonunun koitus sıklığı ve isteğini artırdığı, orgazmı kolaylaştırdığı, ancak postoperatif dönemde bazı olguların ve eşlerinin yeni durumu yapay bir cinsellik olarak algılayabildikleri, operasyon sonrası hoşnutsuzluk belirten olgularda ve eşlerinde realistik olmayan subjektif yakınmaların olduğunu belirtmiş ve psiko-

seksüel, psikososyal ve etnik farklılıkların daha dikkatli incelenmesi gerektiğini vurgulamıştır (2). Organik kökenli erektil disfonksiyon tanısı alan hastaların, tıbbi ve cerrahi tedavileri yanında, psikiyatrik tedavileri de önem taşımaktadır (3).

Mirtazapin, noradrenerjik ve serotonerjik etkili bir ilaçtır. Noradrenerjik nörotransmisyonu artırıcı etkisini alfa-2 adrenerjik reseptörleri antagonize ederek göstermektedir (14). Ayrıca 5HT-2 ve 5HT-3 reseptörlerini bloke ederek sinaptik aralıkta 5HT-1A reseptörlerini uyaracak daha fazla miktarda serotonin kalmasına neden olduğundan, cinsel yan etki yapmadığı bildirilmiştir. Bilici (2000), mirtazapinle tedavi edilmekte olan ve artık koitustan uzaklaşmış dört yaşlı depresyonlu hastada erotik rüyalarla birlikte gelişen ejakülasyon ve orgazm tablosu bildirmiş, bu etkiyi mirtazapinin 5HT-2 reseptör antagonisti ve

¹Uzm. Dr., 100. Tatvan Askeri Hastanesi Psikiyatri Servisi, ²Dahiliye Servisi Tatvan, Bitlis-Turkey

³Uzm. Dr., 200 Yataklı Erzincan Askeri Hastanesi Psikiyatri Servisi, Erzincan-Turkey
⁴Uzm. Dr., Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Psikiyatri AD., Etilik, Ankara-Turkey

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Uzm. Dr. Murat Gülsün, 100. Tatvan Askeri Hastanesi Psikiyatri Servisi Tatvan, Bitlis-Turkey

Telefon / Phone: +90-434-827-5081

Elektronik posta adresi / E-mail address:
mgulsun@superonline.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:
2 Haziran 2004 / June 2, 2004

alfa-2 reseptör blokajı yapıcı etkisiyle ilişkilendirmiştir (4). Benelli ve arkadaşları (2004)'nın ratlarda yaptığı bir çalışmada da mirtazapinin çiftleşme performansını artırırken, ejakülasyon latensini azalttığı görülmüş ve bu etki mirtazapinin alfa-2 adrenoreseptör ve 5HT-2 antagonist etkisine bağlanmıştır (5).

Bu yazıda penil protez implantasyonu sonrasında gelişen bir "orgazm bozukluğu" olgusu incelenmiş olup, organik kökenli cinsel işlev bozukluklarında psikiyatrik yaklaşımın yeri vurgulanmış ve olgunun bilişsel davranışçı yaklaşım ve mirtazapin tedavisine verdiği yanıt değerlendirilmiştir.

OLGU

Bay N, 33 yaşında, lise mezunu, devlet memuru, 7 yıllık evli, çocuksuz. Cinsel ilişki sırasında boşalamama, tedirginlik, uykusuzluk yakınmaları ile polikliniğimize başvurmuştur.

Olgu, evliliğinin başından beri ejakülasyon ve sertleşmeyi sürdürmede güçlük çekiyormuş. Bu yakınmaları ile başvurduğu bir üroloji polikliniğinde başlanan sertralin tbl 50 mg/gün dozunda 3 ay süreyle, sitalopram 20mg/gün dozunda 2 ay süre ile kullanmış. Kısmen yarar görmekle birlikte ilaçlarını kestikten sonra erken boşalma ve sertleşmeyi sürdürmekte güçlük sorunu devam etmiş. Beş yıl önce oligospermi ve varikosel tanısı ile opere edilmiş. Bu dönemde cinsel ilişki sırasında yavaş performans kaygısı yaşamış, ereksiyon sorunda artış görülmüştür. Bunun üzerine üroloji kliniğine yeniden başvurmuş, vasküler erektil disfonksiyon tanısı ile penil protez implantasyonu uygulanmış. Operasyondan sonra performans kaygılarında artış olmuş. İlk koitusta orgazm ve ejakülasyonun olamaması, eşinin olumsuz tepki göstermesine neden olmuş. Eşinin penil protez implantasyonundan sonra cinsel ilişkide yapaylık hissettiğini, operasyon sonrasında eşinin penis boyutunda bir kısılma olduğunu ve bunun ilişkinin niteliğini bozduğunu, dolayısıyla cinsel ilişkiden tiksindiğini ifade etmesi olgunun performans kaygılarını artırmış. Çiftin tüp bebek programına başvurma planları yaptığı bu dönemde ejakülasyon sorununun ortaya çıkması aralarındaki tartışmaları artırmış. Olgu boşalamadığı yakınması ile operasyonun yapıldığı kliniğe yeniden başvurduğunda, durumunun cerrahi bir komplikasyonla uyumlu olmadığı belirtilerek psikiyatri kliniğine baş vurması önerilmiştir.

Premorbid kişilik özellikleri: Sessiz, sakin, sıklıktan, iletişim kurmakta zorlanan, küçük olumsuzluklar karşısında çaresizlik yaşayan, ayrıntılara önem veren, kızgınlığını dışa vuramayan, duygusal bir insanmış.

Rol performansı: Olgunun eşi aile içinde egemen kadın rolünde olan, ailede en son kararı veren bir kişi olup; cinsel işlev bozukluğunu tartışmalarda silah olarak kullanmakta, hastanın yetersizliğini sık sık dile getirerek boşanmakla tehdit etmektedir. Bu tutumlar karşısında ise olgu terk edileceği korkuları ile boyun eğici, pasif, kabullenici tutum sergilemektedir.

Aile öyküsü: Annesinin otoriter, dışa dönük, neşeli ve eleştirel bir kişilik örüntüsü gösterdiği, buna karşılık babanın sessiz, uzak ve mesafeli olduğu anlaşılmakta, Eşinin ve annesinin benzer kişilik özelliklerinde olduğu dikkati çekmektedir.

Arkadaşlık ilişkileri: Grup arkadaşlıklarından sıkılmakta, daha çok ikili ilişkileri tercih etmektedir.

Laboratuvar: Yapılan tetkiklerde serum GH, FSH, LH, SHBG, serbest testosteron, total testosteron, prolaktin ve diğer rutin (açlık kan şekeri, karaciğer ve böbrek işlev testleri) tetkikleri normal sınırlardaydı.

Psikometrik değerlendirme; Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, (HDÖ) Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI) ile Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri (GRISS) uygulanmıştır.

Tablo 1. Olgunun Hamilton depresyon, durumluk ve sürekli kaygı ölçeklerinden aldığı puanlar

Ölçekler	Puan
* HDDÖ	6
**STAI-I	40
STAI-II	44

*HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış olup depresyonun derecesini ölçen bir testtir. HDDÖ'ye göre 7 puan depresyon yok, 8-12 puan hafif depresyon, 13-17 puan orta, 18-29 puan majör depresyon ve 30-52 puan majör depresyondan daha ağır olarak derecelendirilmiştir. (6).

**STAI-I ve II: Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (State and Trait Anxiety Inventory) Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış olup 36 puan ve altında ise düşük kaygı, 42 puan ve üzerinde ise yüksek kaygıya işaret etmektedir (7).

Tablo 2. Olgunun GRISS puanları:

GRISS Alt Ölçekleri	Dönüştürülmüş Alt Ölçek Puanları
Empotans	3
Erken Boşalma	1
Dokunma	6*
Kaçınma	8*
Doyum	5*
İletişim	5*
Sıklık	6*
Toplam	8*

Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri (GRISS)'in Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış olup dönüştürülmüş puanlardan 5 ve yukarındaki (*) puanlar patolojiye işaret etmektedir (8, 9).

Ruhsal Muayene

Genel görünümü; Yaşında görünümde, giyiniş ve tuvaletine özeni ve öz bakımı iyi düzeyde, sosyabilitesi çekingen, ilişki kurma tarzı ölçülü ve nezaketli, mimik ve jestleri sıkıntı ifade etmekte, güler yüzlü görünmeye çalışmakta, görüşme sırasında gözlerini kaçırmakta, ellerini ön tarafta birleştirerek konuşmakta, ses tonu alçak, konuşma sırasında hafif pelteklik dikkat çekmektedir.

Kognitif fonksiyonlar: Bilinç açık, yönelimi zaman, mekana ve kişiye tamdır. Spontan ve volanter dikkat normal olup anlık, yakın ve uzak bellek normal, olayları kronolojik sırasına göre anlatabilmekte, nesnel ve öznel yargılama normal, algı normal, zekâ normaldir.

Duygulanım sıkıntı tarzında bozulmuş. Düşünce akışı normal olup amacına varmaktadır. Düşünce içeriği ailevi sorunlar, reddedilme korkuları ve cinsel performansı üzerine yoğunlaşmıştır.

Vejetatif fonksiyonlar: İştah normal, uykuları düzensiz olup, avuç içinde ıslaklık, periyodik gelen konstipasyon yakınmaları dikkati çekmektedir.

Davranışları: Nezaket kurallarına önem vermekte, verdiği rahatsızlıktan dolayı sık sık özür dilemekte, reddedilme karşısında duyarlı davranmakta, kırılganlığını gizleme eğilimi, onaylanma gereksinimi dikkati çekmektedir. Eşinin katı eleştirel tutumu karşısında sessiz ve pasif kalmakta, çok çabuk suçluluk duyguları yaşamaktadır.

Tanı:

- Erkeklerde orgazm bozukluğu

Ayırıcı Tanı

1. Organik-fonksiyonel bozukluk ayırımı. Yapılan nörolojik incelemede; duyu ve reflekslerde patolojiye rastlanmamıştır. Olgunun hormon profili normal sınırlardadır. Bu verilerle birlikte olgunun cinsel yakınmalarının özellikle performans kaygısının artış gösterdiği dönemlerde belirginleşmesi tablonun fonksiyonel bir bozukluk olduğu kanısını uyandırmıştır.

2. Anorgazmi tablosu diğer bir psikiyatrik bozukluğa sekonder mi gelişmiştir?

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition) ölçütleri esas alınarak eşlik

eden psikiyatrik bozukluklar dışlanmıştır (13). Olguda, cinsel işlev bozukluğuna eşlik eden performans kaygısı, uykusuzluk ve anksiyetenin vejetatif semptomlarının (avuç içlerinde terleme, konstipasyon gibi) bulunması, anksiyete bozukluklarının tabloya eşlik edip etmediği sorusunu akla getirmektedir. Hastanın anksiyetesinin genellikle performans gerektiren durumlarda ortaya çıkıyor olması, 6 aydan daha uzun bir süreklilik göstermemesi ile yaygın anksiyete bozukluğu tanısından uzaklaşmıştır. Hastanın şimdiye kadar panik atak geçirmemiş olması ile panik bozukluk; toplumsal ortamlarda küçük düşeceği, dikkat odağı olacağı, utanç duyulacak davranışlarının olabileceği gibi kaygılarının bulunmaması, ilişki kurma biçiminde kişiler arası duyarlılığın artışına ait motifler bulunsa da sosyal işlevsellikte belirgin bir kaybın olmaması ile sosyal fobi tanısından uzaklaşmıştır. Posttravmatik stress bozukluğunu düşündürebilecek ağır bir travma (cinsel veya diğer) yaşamamıştır. Obsesif kompulsif bozukluğuna işaret eden düşünce (obsesyonlar) ve davranış (kompulsiyonlar) alanında da patolojik bir bulgu yoktur. Hastanın anksiyete semptomları durumsal olarak ortaya çıkmakta, cinsellik dışındaki alanlarda belirginlik göstermemektedir.

3. Eksen II tanısı yönünden değerlendirilmesi.

Hastanın çekingen, sessiz sakin, stresör karşısında pasif tutum sergileyen yapısıyla sosyal ve mesleki işlevselliğinde önemli oranda problem yaşamadığı anlaşılmaktadır. Kişilik organizasyonu çekingen kişilik bozukluğu ile uyumlu öğeler içermesine rağmen, tam olarak bu kriterleri karşılamamaktadır.

4. Tablo cinsel işlev bozuklukları arasında nereye oturmaktadır?

Psikojenik kökenli orgazm bozukluğu kadınlarda sık görülen bir cinsel işlev bozukluğu iken, erkeklerde nadirdir (11). Tablo salt bir "orgazm bozukluğu" olgusu mu? Yoksa cinsel istek bozukluğuna sekonder gelişen bir orgazm bozukluğu mu söz konusu? Bunun yanıtı için cinsel işlevin, Masters & Johnson tarafından tanımlanan siklusun "uyarılma, plato, orgazm, çözülme ve refrakter" dönemlerinden hangisinde kırıldığını incelemek gereklidir. Hastanın preoperatif ve postoperatif dönemde cinsel istek ve uyarılmada sorun yaşamadığı, operasyon öncesinde sertliğin sağlandığı, penetras-yondan sonra ereksiyonu sürdürmede güçlük yaşadığı düşünülürse, sorunun uyarılma fazında değil daha çok

plato ve orgazm döneminde ortaya çıktığı anlaşılmaktadır. Hasta bu durumu, "hisleniyorum fakat zevkte yoğunluk olmuyor" tarzında ifade etmektedir. Ayrıca hastada ayda ikiden daha fazla cinsel ilişki isteğinin bulunması ile "azalmış cinsel istek bozukluğu" tanısı dışlanmıştır.

Hastanın yarım saati geçkin koitusa girmesine rağmen ejaküle olamaması, bu durumun başka bir tıbbi nedenle izah edilememesi "orgazm bozukluğu" tanısı ile uyumludur.

Tedavi Süreci ve Seyir

Hastanın cinsel mitleri ve olumsuz otomatik düşünceleri üzerinde duruldu. Çiftin dikkatini birbirlerinin bedenleri üzerine yoğunlaştırmak ve cinsel organ odaklı performans kaygılarından uzaklaştırabilmek amacıyla 4 hafta koitusa girmemeleri istendi. Bu arada gevşeme egzersizleri öğretildi, masaj ve haftada üç gün sevişme ödevi verildi. Çift, verilen ödevlere uyum gösterdi. Koitus yasağından sonra normal cinsel ilişkiye girmeye başladıklarında hastada ejakülasyon ve orgazm fonksiyonlarında düzelme meydana geldi. 10 gün içinde üç cinsel birleşme sorunsuz gerçekleşti. Dördüncü görüşmede yeniden şikayetlerinde tekrarlama olduğu, orgazm ve ejaküle olamama yakınmalarının yinelenildiği öğrenildi. Olgu, tedavi ile ilgili motivasyonunu yitirmeye başladı. Uykuya dalma güçlüğü artış gösterdi. Tedaviye devam etmeleri konusunda uzun bir görüşmeden sonra çift ikna edildi. Hastaya mirtazapin 30mg/gün verilerek 15 gün sonrasına kontrolü önerildi. Beşinci görüşmede hastanın yeniden ejakülasyon ve orgazm işlevinin düzeldiği öğrenildi. Sonraki dört aylık izlemede olgu, ejakülasyon ve orgazm alanında sorun yaşamadığını bildirmiştir.

Tartışma

Literatürde penil protez implantasyonlu olguların orgazm sıklığının arttığı bildirilmesine karşılık, penil protez implantasyonu sonrası gelişen "orgazm bozukluğu" olgusuna ise rastlanmamıştır. Operasyon öncesinde prematür ejakülasyon ve sertleşmeyi sürdürmede güçlük tanımlayan olguda postoperatif dönemde anorgazmi gelişmesi ilginç bir bulgudur. Olgu evliliğinin

başından beri cinsel sorunlar yaşamış, eşinin olumsuz tutumu ile bu sorun evliliğin diğer alanlarına da taşınmaya başlamış, cinsellikle ilgili yoğun performans kaygıları bozukluğun seyrini olumsuz etkilemiş ve varikozel, penil protez implantasyonu gibi invazif girişimler ve bunların olumsuz sonuçları cinsel mitleri ve bilişsel çarpıtmaları beslemiştir. Eşle birlikte oluşunu sınav gibi değerlendiren olguda, ilk 4 hafta içindeki koitus yasağı ile performans kaygısı azaltılmıştır. Penis performansına odaklı duyumsayış sevişme, gevşeme ve masaj ödevleri ile eşin bedenine yöneltilmiş ve dört haftanın sonunda olgu doyumlu bir ilişki için ilk adımları atmaya başlamıştır. Eşin olumsuz tutumlarının zaman zaman devreye girmesi tedavideki ilerleyişi yavaşlatmış, bu yavaşlama eş ilişkilerini tekrar kopma noktasına getirmiştir. Bu dönemde ortaya çıkan anksiyete ve uykusuzluk semptomlarının kontrolü için tedaviye mirtazapin eklenmiştir.

Mirtazapinin özellikle 5HT₂ ve 5HT₃ reseptörlerinin blokajı ile uyku ve anksiyete üzerine etkili olduğu bilinmektedir (12). Uykusuzluk ve performans anksiyetesi yaşayan bu olgunun tedavisinde mirtazapinin seçilmesinin bir diğer nedeni de SSRI ve trisiklik antidepresan (TCA)'larda dikkati çeken orgazmı geciktirici etkisinin, mirtazapinde belirgin olarak görülmemesidir (12). Mirtazapinin literatürde SSRI ve TCA'lara oranla daha az cinsel yan etki yaptığına, hatta SSRI ve TCA'lara sekonder gelişen cinsel işlev bozukluklarının restorasyonunda etkili olduğuna, depresif hastalarda ve özellikle kadınlarda cinsel işlev üzerine olan olumlu etkilerine işaret edilmektedir (13). TCA ve SSRI'lara bağlı cinsel yan etkilerin 5-HT₂ agonisti etkiye bağlı olduğu, bu nedenle de siproheptadinin 5HT₂ antagonisti etkiyle antidepresiflere bağlı cinsel yan etkilerin tedavisinde yararlı olabileceği bilinmektedir (14). Mirtazapin de siproheptadine benzer şekilde 5HT₂ reseptör blokajı yapmaktadır. Ayrıca yohimbinin alfa-2 adrenoreseptör antagonisti etkiyle orgazmı kolaylaştıracağı düşünülebilir.

Son zamanlarda yapılmış olan Bilici (4)'nin dört olgudan oluşan çalışması, Benelli ve arkadaşlarının (5) sıçanlar üzerindeki çalışması ve bu olguda belirtilen tedaviye olumlu yanıt mirtazapinin orgazm ve ejakülasyon üzerine olası etkilerinin, araştırılmaya değer bir alan olduğunu göstermektedir.

Kaynaklar:

1. Coleman E, Listiak A, Braatz G, Lange P.: Effects of penile implant surgery on ejaculation and orgasm. J Sex Marital Ther 1985;11:199-205
2. Salama N. Satisfaction with the malleable penile prosthesis among couples from the Middle East--is it different from that reported elsewhere? Int J Impot Res 2004;16:175-180
3. Özgen F, Gülçat Z, Özşahin A, Aydın H, Işıklı H. Erkek cinsel fonksiyon bozukluklarında sorun alanları üzerine bir araştırma. GATA Bülteni 1993; 35: 701-710
4. Bilici M. Yaşlı depresyonlu olgularda mirtazapin kullanımına bağlı erotik rüyalarla ilişkili ejakülasyon: 4 olgu sunumu. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2000; 10; 166-170
5. Benelli A, Frigeri C, Bertolini A, Genedani S.: Influence of mirtazapine on the sexual behavior of male rats, Psychopharmacology (Berl) 2004;171:250-258
6. Akdemir A, Turkcapar MG, Orsel SD, Demirergi N, Dag I, Ozbay MH. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. Compr Psychiatry, 2001;42: 161-165
7. Öner, N.: Durumluk-sürekli Kaygı Envanterinin Türk Toplumunda Geçerliliği. Yayınlanmamış Doçentlik Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1977
8. Gülçat, Z.: Cinsel İşlev Bozukluklarında Empotanin Psikolojik Boyutları Üzerine Bir Araştırma. Yayınlanmamış Doktora Tezi Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1995
9. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin Standardizasyon Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1993;4: 83-88
10. Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B. Antidepressants and ejaculation: a double-blind, randomized, fixed-dose study with mirtazapine and paroxetine. J Clin Psychopharmacol 2003;23:467-470
11. Catalan J, Hawton K, Day A. Couples Referred to a Sexual Dysfunction Clinic: Psychological and Physical Morbidity. Br J Psychiatry 1990;156: 61-67
12. Barkin RL, Chor PN, Braun BG, Schwer WA. A Trilogy Case Review Highlighting the Clinical and Pharmacologic Applications of Mirtazapine in Reducing Polypharmacy for Anxiety, Agitation, Insomnia, Depression, and Sexual Dysfunction. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 1999;1:142-145
13. Boyarsky BK, Hirschfeld RM. The management of medication-induced sexual dysfunction, Essent Psychopharmacol 2000; 3: 151-170
14. Arnott S, Nutt DJ. Successful treatment of fluvoxamine induced anorgasmia by cyproheptadine. Br J Psychiatry 1994; 164: 838-839