

T.C.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**İYİLEŞME DÖNEMİNDEKİ İKİ UÇLU BOZUKLUK HASTALARINDA
CİNSEL İŞLEVLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. CANAN UYSAL

PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

DOÇ. DR. CEM CERİT

2016

İÇİNDEKİLER

İçindekiler dizelgesi.....	i-iii
Teşekkür.....	iv
Kısaltmalar dizelgesi.....	v
Tablolar.....	vi
1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
2 GENEL BİLGİLER	3
2.1 İKİ UÇLU BOZUKLUK	3
2.1.1 İki Uçlu Bozukluk Tanımı.....	3
2.1.2 İki Uçlu Bozukluk Tarihçesi ve Sınıflaması	3
2.1.3 Sıklık ve Yaygınlık	4
2.1.4 İki Uçlu Bozukluğun Oluş Nedenleri.....	5
2.1.5 İki Uçlu Bozukluğun Klinik Özellikleri.....	8
2.1.5.1 Hipomanik Dönem	8
2.1.5.2 Manik Dönem	8
2.1.5.3 Depresif Dönem	9
2.1.5.4 İki Uçlu I Bozukluğu	10
2.1.5.5 İki Uçlu II Bozukluğu.....	10
2.1.6 İki Uçlu Bozukluk Sağaltımı	11
2.1.6.1 Akut Dönem Sağaltımı	11
2.1.6.2 Koruyucu Sağaltım	12
2.1.6.3 Duygudurum Düzenleyiciler	13
2.1.6.4 Antipsikotikler.....	17
2.1.6.4.1 Birinci Kuşak Antipsikotikler	17
2.1.6.4.2 İkinci Kuşak Antipsikotikler	18
2.1.6.5 Antidepresanlar.....	19
2.2 CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI.....	20
2.2.1 Cinselliğin Tanımı ve Tarihçesi	20
2.2.2 Normal cinsellik.....	21
2.2.2.1 Yapısal özellikler	21
2.2.2.2 İşlevsel Özellikler	23
2.2.3 Cinsel işlev bozuklukları	25
2.2.3.1 Oluş Nedenleri	25
2.2.3.2 Epidemiyoloji.....	26
2.2.3.3 Sınıflama ve klinik özellikler.....	27

2.2.3.3.1 Erkeklerde düşük cinsel ilgi/istek bozukluğu	27
2.2.3.3.2 Erken Boşalma.....	28
2.2.3.3.3 Geç boşalma	28
2.2.3.3.4 Sertleşme bozukluğu.....	29
2.2.3.3.5 Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu	29
2.2.3.3.6 Kadında orgazm bozukluğu	30
2.2.3.3.7 Vajinismus (İçe girme bozukluğu)	30
2.3 İki Uçlu Bozukluk ve Cinsel Yaşam	31
3 GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1 Verilerin Toplanması	35
3.2 Olguların Seçimi.....	35
3.2.1 Çalışmaya Alınma Kriterleri	35
3.2.2 Dışlama Kriterleri	36
3.3 Veri Toplama Araçları.....	36
3.3.1 Tanıtıcı Bilgi Formu	36
3.3.2 Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D).....	36
3.3.3 Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ).....	37
3.3.4 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ).....	37
3.3.5 Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ).....	37
3.3.6 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)	38
3.3.7 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF- 36)	38
4 BULGULAR.....	40
4.1 Sosyodemografik ve Klinik Veriler	40
4.2 Hastalarda Kullanılan İlaçlar	41
4.3 Çalışma Grubunda Evlilik Uyumu, Cinsel Yaşantılar, Yaşam Kalitesi ve Damgalanma	42
4.4 Cinsel İşlev Bozukluğu Tanısı Ahyor Olma ile Sosyodemografik ve Klinik Verilerin İlişkisi	45
4.5 Cinsel İşlev Bozukluğu Tanısı Ahyor Olma ile Evlilik Uyumu, Yaşam Kalitesi ve Damgalanma Arasındaki İlişki	47
4.6 İlaç Gruplarına Göre Cinsel İşlev Bozukluğu Tanısı Alma	48
5 TARTIŞMA.....	49
5.1 Demografik ve Klinik Verilerin Değerlendirilmesi.....	49
5.2 Evlilik Uyumu ve Cinsel Yaşantıların Değerlendirilmesi	50
5.3 Yaşam Kalitesi ve Damgalanma Hissinin Değerlendirilmesi	55
5.4 Cinsel işlev bozukluğunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi	59

6	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
7	ÖZET.....	69
8	EKLER.....	73
9	KAYNAKÇA.....	84



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgisini esirgemeyen, beni eğitimimde olduğu kadar hayatımda da destekleyen, tezim sırasında her zaman yardım ve katkılarını sunan, tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Cem CERİT'e ;

Değerli hocalarım Prof. Dr. Ümit TURAL'a, Prof. Dr. Tamer AKER'e, Prof. Dr. Mustafa YILDIZ'a, Doç. Dr. Aslıhan POLAT'a, Prof. Dr. İrem YALUĞ'a ve Prof. Dr. Bülent COŞKUN'a;

Tezimin her aşamasında destek olan Dr. Aybike TELKÖK'e, Dr. Belkis ŞENİZ'e ve Dr. Celaleddin TURGUT'a;

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı rotasyonum sırasında uzmanlık eğitimime katkıda bulunan Prof. Dr. Ayşen COŞKUN'a ve Doç. Dr. Özlem Yıldız GÜNDOĞDU'ya;

Tezimin saha çalışmaları sürecinde anket ve ölçeklerin doldurulmasında yardımlarını esirgemeyen Dr. Rahime GÖK'e, Dr. Ömer NART'a, Dr. Dilara YALÇIN'a ve özellikle de uzaklarda olsa da sihirli elleriyle desteğim olan Dr. Feyza ÇELİK'e ;

Uzmanlık eğitimi süreci ile birlikte aynı sevinçleri, üzüntüleri, endişeleri paylaştığımız asistan arkadaşlarıma;

Psikiyatri servisindeki hemşire arkadaşlarım ve yardımcı sağlık personeline;

Beni yetiştirip bugünlere getiren, eğitimim için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan, benimle beraber sevinen ve üzülen, hep yanımda olan anneme, babama ve abime saygı, sevgi ve teşekkürlerimle...

Dr. Canan UYSAL

KOCAELİ, 2016

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

İUB	İki Uçlu Bozukluk	SHBG	Seks hormonu bağlayıcı globülin
BKA	Birinci kuşak antipsikotik	WMA	Dünya Tıp Birliği
İKA	İkinci kuşak antipsikotik	HAM-D	Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
EPS	Ekstraprimidal Sistem	YMDÖ	Young Mani Derecelendirme Ölçeği
CİB	Cinsel İşlev Bozukluğu	ACYÖ	Arizona Cinsel yaşantılar ölçeği
WHO	Dünya Sağlık Örgütü	EUÖ	Evlilik Uyum Ölçeği
MDB	Major Depresif Bozukluk	RHİDÖ	Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Kitabı	BMI	Beden kitle göstergesi
ICD	Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması	AP	Antipsikotik
ACE	Anjiyotensin dönüştürücü enzim	AD	Antidepresan
NA	Noradrenalin	VPA	Valproat
5-HT	Serotonin	PCS	Fiziksel bileşenler özet skoru
DA	Dopamin	MCS	Ruhsal bileşenler özet skoru
IL	İnterlökin	ADÖ	Aile değerlendirme ölçeği
TNF	Tümör nekrozis faktör	GRCDO	Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği
BOS	Beyin omurilik sıvısı	ED	Eretil Disfonksiyon
MAO	Monoamino oksidaz	PE	Erken boşalma
SSRI	Serotonin geri alım inhibitörü	CYK	Cinsel yaşam kalitesi
FDA	Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi	FSFI	Kadın cinsel işlev indeksi
GABA	Gamma aminobütirik asit	IIEF	Uluslararası eretil işlev indeksi
ADH	Antidiüretik hormon	MMQ	Maudsley evlilik anketi
DD	Duygudurum düzenleyici		
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü		
NO	Nitrik oksit		
VIP	Vazointestinal peptit		
CİİB	Cinsel ilgi/istek bozukluğu		
CETAD	Cinsel Eğitim Araştırma ve Derneği		

TABLÖLAR

Tablo-1 Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik ve klinik verileri

Tablo-2 Çalışmaya katılan hastalarda kullanılan ilaçlar

Tablo-3 Çalışmaya katılan hastalarda evlilik uyumu

Tablo-4 Çalışmaya katılan hastalarda cinsel yaşantılar

Tablo-5 Çalışmaya katılan hastalarda yaşam kalitesi

Tablo-6 Çalışmaya katılan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma

Tablo-7 Cinsel işlev bozukluğu tanısı alıyor olma ile sosyodemografik ve klinik verilerin ilişkisi

Tablo-8 Cinsel işlev bozukluğu tanısı alıyor olma ile evlilik uyumu, yaşam kalitesi ve damgalanma arasındaki ilişkisi

Tablo-9 İlaç gruplarına göre Cinsel İşlev Bozukluğu tanısı alma arasındaki ilişki

1 GİRİŞ VE AMAÇ

İki Uçlu Bozukluk (İUB), dönemler halinde seyreden, yaşam boyu süren, sıklıkla geç ve güç tanı konulan ve büyük oranda yeti yitimine yol açan bir hastalıktır. Mani, karma ve depresif dönemler ya da hipomani ve depresif dönemler şeklinde seyredebilir.¹

Farklı ırk ve kültür arasında yaygınlık açısından fark bulunmayan İUB'nin yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık olarak % 1-2 oranında bildirilmektedir.² Sıklıkla yaşamın ikinci veya üçüncü dekatlarında başlar ancak birçok hastada fark edilmesi yılları bulabilir.³ Başlangıç yaşı açısından cinsiyetler arasında fark bulunmamakla birlikte hastalığın dönemsel özellikleri ve gidişatında çeşitli cinsiyet farklılıkları görülebilmektedir.²

İUB hastaları yüksek işlevsellik sergileyen iyi uyum sağlamış bireylerden, sosyal açıdan yetersiz, hiçbir zaman tam olarak iyileşmeyen ve hastalık yinelemeleri yaşayan bireylere kadar geniş bir yelpazede yer alırlar. Hastaların işlevselliğindeki bozulma sadece belirtilerin olduğu dönemlerle sınırlı kalmayıp remisyon dönemleri süresince de görülebilir. Tüm tedavi girişimlerine rağmen İUB tanısı olan birçok kişinin evlilikleri ve mesleki yaşantısı dahil yaşamları önemli ölçüde etkilenmekte olup İUB bu alanlarda şiddetli ve kalıcı bozukluklara yol açmaktadır.³

Remisyon; hastalık dönemi belirtilerinin tamamen ortadan kalkması, kişinin hastalık öncesi işlevselliğine erişmesi ve en az sekiz hafta (yaklaşık iki ay) bu düzelme halinin sürmesidir.⁴

İUB toplum tarafından görece olarak daha az tanınan ve damgalanan bir bozukluktur ancak hastalar damgalanma hissini çok yoğun biçimde yaşamakta yani kendi kendilerini damgalamaktadırlar.⁵ Daha önce yapılan araştırmalarda İUB'de damgalanmanın genel psikososyal işlevsellik ve toplumsal uyum sağlama üzerine olumsuz etki yaptığı ortaya konmuştur.⁶

İUB sağaltımında en önemli ilaçlar duygudurum düzenleyicilerdir. Son dönemlerde ikinci kuşak antipsikotiklerin (İKA) sağaltımda kullanımı giderek artmaktadır. Birinci kuşak antipsikotikler (BKA) akut mani sağaltımında, antidepressanlar ise depresyon dönemlerinde duygudurum düzenleyici ile beraber kullanılabilir.

Psikiyatrik ilaçlar, nörotransmitterleri ve cinsel yanıt döngüsündeki hormonları etkileyerek ya da nonspesifik istenmeyen etkilerle (sedasyon, EPS, kilo alımı vb.) cinsel işlev bozukluğuna neden olurlar. İlaç yan etkisi olarak ortaya çıkan cinsel işlev bozukluğu;

yaşam kalitesinin bozulmasına, ilaç uyumsuzluğuna, altta yatan psikiyatrik bozukluğun kötüleşmesine, tedavi terklerinin olmasına ve kalıcı cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir.⁷

Bu çalışmada tam remisyonda olan İki Uçlu Bozukluk hastaları cinsel işlev bozukluğu (CİB) olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayrılmıştır. Her iki grup arasındaki demografik ve klinik veriler karşılaştırılarak, cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili olabilecek verilerin saptanması ve tartışılması amaçlanmıştır. Bu amaçla evlilik uyumu, içselleştirilmiş damgalanma, yaşam kalitesi ve kullanılan ilaçların cinsel işlev bozukluğu ile ilişkisi araştırılmıştır. Bunun yanında bu çalışmada remiyon dönemindeki bipolar bozukluk hastalarında cinsel işlevler, evlilik uyumu ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri açısından cinsiyetler arasındaki farklar incelenmiştir.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 İKİ UÇLU BOZUKLUK

2.1.1 İki Uçlu Bozukluk Tanımı

İki Uçlu Bozukluk; belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma (mikst) görünümlü ataklarla seyreden ve bu ataklar arasında kişinin oldukça sağlıklı duygudurumuna dönebildiği, kronik seyirli ve yaşam boyu sürebilen bir duygudurum bozukluğunu tanımlar.⁸ Yüksek mortalite (özkıyım riski) ve morbiditeye sahip olan İUB, hasta ve çevresindekilerin yaşamını olumsuz yönde etkiler ve belirgin yeti yitimine neden olur.⁹

İUB, yaygın olarak görülen, sıklıkla geç ve güç tanı konulan bir ruhsal hastalıktır.¹ İUB'nin genel nüfus içinde görülme sıklığının %1 olduğu şeklindeki klasik bilgi gün geçtikçe daha çok sorgulanmakta, bu gruptaki bozuklukların genel nüfusun %5'inde ve bütün depresyonlar içinde %50'lere kadar yükselebilen oranlarda görüldüğüne dair ikna edici veriler bulunmaktadır.¹⁰ Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre İki Uçlu Bozukluk bütün diğer hastalıklar arasında yeti yitimine neden olan altıncı hastalıktır.¹¹

2.1.2 İki Uçlu Bozukluk Tarihçesi ve Sınıflaması

Mani ve depresyonun varlığı antik çağlara kadar dayanmaktadır. M.Ö. 400'de Hipokrat 'melankoli' terimini kullanmış; M.S. birinci yüzyılda Soranus, taşkın duygudurumla giden tabloların melankoliyle bağlantısına dikkat çekmiştir. Kapadokyalı Areatus ise (M.S. yaklaşık 150); maninin temel özelliklerini tanımlamış, mani ve melankolinin aynı hastalığın iki farklı görünümü olduğunu söylemiştir.^{10,12,13}

1840'da Esquirol, melankolik ve ilişkili paranoid belirtilerin altında temelde 'Affektif Bozukluğun' yatıyor olabileceğini söyleyen ilk psikiyatrist olmuştur. 1851'de Falret ve 1854'te Baillarger; manik, depresif ve süresi belirsiz normal ara dönemler (intervaller) şeklinde gidiş gösteren ayrı bir hastalıktan söz etmişlerdir. Kraepelin, 1896'da tüm melankoli ve mani biçimlerini 'manik-depresif hastalık' başlığında birleştirmiştir. Kraepelin, hastalığın tam düzelen intervallerle gittiğini, bu gidiş sırasında hastaların çok farklı hastalık biçimleri sergileyebildiğini ve hastalığın ailesel yüklülük gösterdiğini

vurgulamıştır. Bleuler, manik depresif hastalık kavramını her türlü duygudurum dalgalanması olarak tanımlamıştır.¹³

1900'de Wernicke, yalnızca mani ya da yalnızca depresyonlarla seyreden biçimlerin de olduğunu ve bunların manik depresif hastalıktan farklı bozukluklar olduğunu ileri sürmüştür. 1928'de Kleist, 'unipolar ve bipolar bozukluklar' kavramını getirmiştir. 1950 ve 1960'lı yıllarda Leonhard, Angst, Perris ve Winokur; 'bipolar gidişli' manik-depresif hastalıktan farklı, 'unipolar gidişli' bir depresif bozukluktan söz etmişlerdir.¹³

1970'li yıllarda İki Uçlu Bozukluk ve Depresif Bozukluk ayrı olarak ele alınmaya başlanmıştır. Major Depresif Bozukluk'un (MDB) ve İUB'nin ayrı iki hastalık olduğu ilk kez 1980 yılında Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM III)¹⁴ resmi sınıflandırma kapsamına alınmış ve Dunner ve ark.'nın¹⁵ önerisiyle İUB kendi içinde İUB-I ve İUB-II olarak iki alt tipe ayrılmıştır. DSM III-R¹⁶ (1987) ile duygudurum bozuklukları tanımı kabul edilmiştir. DSM IV¹⁷ ve DSM IV-R'de¹⁸ bu tanım kullanılmaya devam etmiştir. DSM V¹⁹ (2013) ise duygudurum bozukluklarını 'İki Uçlu ve İlişkili Bozukluklar' ve 'Depresyon Bozuklukları' başlıkları altında ayrı ayrı incelemiştir.

DSM V (2013) 'İki Uçlu ve İlişkili Bozukluklar' başlığı altında şu tanımları getirmiştir:

1. İki Uçlu I Bozukluğu
2. İki Uçlu II Bozukluğu
3. Siklotimi Bozukluğu
4. Maddenin/ İlacın Yol Açtığı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk
5. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk
6. Tanımlanmış Diğer Bir İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk
7. Tanımlanmamış Diğer Bir İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk

2.1.3 Sıklık ve Yaygınlık

İki Uçlu Bozukluk için yaşam boyu yaygınlık %0,7-1,6 (ortalama 1,2) arasındadır. İki Uçlu I Bozukluğu için bu oran %0,4-1,6 ve İki Uçlu II Bozukluğu için %0,5 olarak bildirilmektedir.² İUB'de sıklık oranı erkekler için 9-15/100.000, kadınlar için 7,4-30/100.000'dir. İki Uçlu I Bozukluğun yaşam boyu yaygınlık oranı kadınlarda %0,9, erkeklerde %0,7 olarak bildirilmiştir.²⁰

İUB'de kadın/erkek oranı 1,2/1 olarak bulunmuştur. Puberte öncesi seyrek olan İUB erkekte 18 kadında 20 median başlangıç yaşı göstermektedir. En sık başlangıç yaşı 20'li yaşların ortaları gibi görünmekle birlikte, ilk belirtinin ortaya çıkması en sık 15-19 yaşları arasına rastlamakta, bunu 20-24 yaşları arasında ikinci bir çıkış izlemektedir. Ancak ilk belirtinin ortaya çıkması ile ilk hastaneye yatış arasında genellikle 5-10 yıllık bir ara bulunmaktadır.² İUB I'in ve İUB II'nin başlangıç yaşı birbirine yakındır, fakat İUB II'de başlangıç yaşı hafifçe daha yüksek olmaya eğilimlidir.¹⁰ Hastaların %20-30'unda ilk dönem 21 yaşından önce ortaya çıkarken, 50 yaşından sonra başlayan olgular %10 olarak bildirilmektedir.²¹

İlk dönemin depresif olma olasılığı daha fazla görülmekte olup, İUB'nin erkeklerde daha çok bir manik dönemle, kadınlarda ise daha çok depresif dönemle başladığı bildirilmektedir.^{2,10}

İUB II kadınlarda, erkeklere göre daha sık görülmektedir. Ayrıca hızlı döngülülüğün, karma dönemlerin, döngü kaymasının ve depresyon ilaçları ile tetiklenen manik kaymanın, tiroid hastalıkları ve migren ek tanılarının, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığının kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü bildirilmektedir.²⁰ Erkeklerde, mani ve depresif dönemlerin yıllar içerisinde yaklaşık olarak eşit kalma özelliğine karşılık; kadınlarda, depresif dönem sayısının yıllar geçtikçe baskınlaşma eğiliminde olduğu bildirilmektedir. Hızlı döngü kadınlarda daha sık olmasına karşın, aşırı hızlı döngü erkeklerde daha sık gözlenmektedir.² Doğum sonrası dönemde İUB depresif dönemin sıklığı göreceli olarak yüksektir ve postpartum depresyon hastalarının çoğu bipolar bozukluğa sahiptir.²²

İUB I'de yaşam boyu alkol ve madde bağımlılığı riski çok yüksek (%46) olup; ayrıca yeme bozuklukları, panik bozukluk, sosyal fobi bipolar bozukluğa eşlik edebilir.² İki Uçlu Bozuklukların yüksek sosyoekonomik düzeyi olanlarda daha sık görüldüğü bildirilmiş; ırklar arasında fark bulunamamıştır.²⁰

2.1.4 İki Uçlu Bozukluğun Oluş Nedenleri

İUB'nin çok genli ve çok etkenli bir bozukluk olduğu düşünülmektedir.²³ Aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmaları genetik etkenlerin rolünü desteklemektedir.²⁴ Bipolar bozukluk hastalarının birinci derece akrabalarında, bipolar bozukluk riski %3-8 olup genel popülasyona göre ortalama altı kat artmış görünmektedir. İUB ve MDB birlikte ele alındığında; monozigot ikizlerdeki konkordansın (%79,5), dizigot

ikizlerden (%23) 3,5 kat fazla olduğu saptanmıştır. Monozigotlarda konkordansın tam olmaması, genetik faktörler yanında çevresel faktörlerin duygudurum bozuklukları gelişmesinde önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir.² Evlat edinme çalışmalarında biyolojik ana-babada hastalık oranı, evlat edinen ana-babadan yüksek bulunmuştur.²⁴ Biyolojik ana-babadaki riskin; İUB için üç, MDB için iki ve özkıyım için altı kat artmış olduğu gösterilmiştir.²

Yapılan genetik çalışmalarda birden fazla genin etkileşimi ve bu etkiye daha az oranda çevresel faktörlerin katkısı ile birlikte karmaşık bir geçişle, yatkın bireylerde iki uçlu fenotipin ortaya çıkabileceği belirtilmiştir. İUB ile 5, 11, 18. kromozomlar ve X kromozomu arasında bağlantı olduğu bildirilmiş; DRD2 G, P2RX7, Per3, CACNA1C, ANK3 ve BDNF genlerinde bulunan nükleotid varyantlarının sporadik hastalığın gelişmesinde rol oynayan sık görülen varyantlar olabileceği öne sürülmüştür. Tirozin hidroksilaz, tirozinaz enzimleri, dopamin D-2 ile D-4 reseptörü ve triptofan hidroksilaz genleri monoaminerjik nöronal iletimde önemli rol oynadığından, bu alanların iki uçlu ve tek uçlu bozukluklarda rol oynayabileceği düşünülmektedir. Serotonin taşıyıcısı, ACE geninin I/D polimorfizmi ve 3, 5, 6, 12, 16, 18, 21. kromozomlarla ilgili çalışmalar sitozin-adenozin-guanin trinükleotidlerinin ardı sıra tekrarlarında artma (antisipasyon fenomeni) ile ilgili sonuçlar üzerinde de durulmaktadır.^{23,25-29}

Merkezi sinir sistemindeki nörotransmitterlere bakıldığında; duygudurum bozukluklarının patofizyolojisinde daha çok noradrenalin (NA), serotonin (5-HT) ve dopamin (DA) üzerinde durulmaktadır. Yapılan çalışmalar sonunda; beyindeki düşük 5-HT aktivitesinin duygudurum bozukluklarına genel yatkınlıkta; düşük 5-HT, NA ve DA aktivitesinin depresyonda; düşük 5-HT, artmış NA ve DA aktivitesinin ise manide rol oynayabileceği ileri sürülmüştür. Manik dönemdeki hastalarda noradrenalin metabolizmasının artışına bağlı olarak beyin omurilik sıvısında (BOS) 3-metoksi 4-hidroksifenilglükol düzeyi ile idrarda noradrenalin ve vanililmandelik asit düzeyleri yüksek bulunmuştur. Hem manik hem de depresif dönemde kan, idrar ve BOS'ta kortizol düzeylerinin arttığı gösterilmiş; BOS'taki somatostatin düzeyinin depresyonda daha düşük olduğu ve manide ise yükseldiği bildirilmiştir. Nöroaktif peptidlerden özellikle vazopressin, oksitosin ve endojen opiatların duygudurum bozukluklarında etkili olabileceği bulunmuştur. Melatoninin depresyonda azalması ve mani döneminde gece düzeylerinde artması, triptofana yetersiz prolaktin yanıtı, erkeklerde testesteron seviyesinin düşüklüğü,

folikül stimulan hormon bazal salınımı ve kortizol salınımının sirkadiyan ritminde bozulma bildirilen diğer nöroendokrin düzensizliklerdir. İUB'de tiroid bozukluklarının daha sık olduğu, hızlı döngülü olgularda subklinik hipotiroidinin daha çok görüldüğü saptanmıştır.^{13,20,30-33}

Bazı araştırmacılar bipolaritenin sirkadyen ritmi düzenleyen sistemlerdeki genetik defektle ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu varsayımın dayanakları; İUB hastalarında ışığa duyarlılık artışı, her dönemle döngü uzunluğunun kısalması, bazı olguların mevsimsel özellik göstermesi, duygudurum bozukluğu dönemlerinde uyku düzensizliklerinin yaygın olması, İUB ve sirkadyen ritim bozukluklarında 5-HT ve DA işlev bozukluğu kanıtlarının olması şeklinde sıralanmıştır.^{2,20}

Etiyoloji ve gidişte inflamatuvar süreçlerin yer alabileceğini düşündürecek şekilde, İUB dönemleri boyunca IL-1, 6, 10 ve TNF- α değerlerinin arttığını gösteren araştırmalar bulunmaktadır.³⁴

Duygudurum bozukluklarında duyarlılaşma modeli; ilk bir kaç hastalık döneminde genellikle tetikleyici bir psikososyal stresör saptanırken ancak daha sonraki dönemlere stresli yaşam olaylarının eşlik etmesinin daha az olduğu gözlemine dayanmaktadır. Bu varsayımına göre, beyindeki çeşitli biyokimyasal ve nöronal sistemlerde bozukluklar psikososyal stresörlere duyarlılık yaratarak gen ekspresyonuna neden olduğu düşünülmektedir. Genetik olarak iletilmiş olan bu duyarlılığın özgül olmayan bir dış olayla tetiklenerek ilk hastalık dönemlerinin ortaya çıkmasında anlamlı bir rol oynadığı, ancak daha sonraki dönemlerde duyarlılaşmanın geçtiği ve gidişin otonomik bir özellik kazandığı ileri sürülmektedir. Manik ve depresif dönemlerin yinelenmesi; beyin biyokimyasını değiştirebilir, çevresel stresörlere ve tetikleyicilere hassas hale getirebilir, böylece takip eden dönemlerin oluşmasını kolaylaştırabilir. Sonuçta ataklar, psikososyal bir kolaylaştırıcı olmaksızın kendiliğinden yineleyebilir.^{2,13}

İUB'de beyin görüntüleme teknikleri ile yapılan son çalışmalar; frontolimbik alanlarda sağda belirgin lateral ventrikül genişlemesini, subkortikal ve limbik yapılarda duygusal uyaranlara yanıt artışını göstermektedir. Son bir kaç yıldaki postmortem çalışmalar bipolar hastalarda beyin glia hücrelerindeki azalma varsayımını ortaya koymuştur. Bu varsayımına göre; genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle beyinde oluşan glial defisitler, sinapsların oluşum ve kalıcılığını bozmaktadır. Bu bozukluk nöron ve dendrit yapılarını etkileyerek beyindeki devrelerin bozulmasına, bozulmuş devreler ise kimyasal iletinin

değişmesine ve plastisitenin bozulmasına yol açarak, duygudurum bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır.¹³

2.1.5 İki Uçlu Bozukluğun Klinik Özellikleri

2.1.5.1 Hipomanik Dönem

DSM V'e göre hipomanik atakta; en az 4 ardışık gün süre ile hemen hemen her gün günün büyük bir bölümünde kabarmış, taşkın ya da irritable, olağandışı duygudurum bulunması gereklidir. Duygudurum döneminde; benlik saygısında artış, uyku gereksiniminde azalma, her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma, düşünce sürecinde hızlanma, dikkat dağınıklığı, amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon, kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma belirtilerinden en az üç tanesinin (duygudurum irritable ise dördünün) eşlik etmesi gereklidir. Bu dönemde kişinin belirtisiz dönemlerinden farklıdır ve işlevsellikte değişiklik başkalarınca gözlenebilir. Toplumsal veya mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır değildir ve psikotik belirtiler göstermez. Bu dönem maddeye veya başka bir sağlık durumunun etkisine bağlanamaz.¹⁹

Duygudurumun taşkın niteliği; toplumsal, mesleki ya da mesleki etkileşimlerde bulunmak için istek gösterme ile belirlidir. Belirgin bir grandiyoziteden çok eleştirilmeye gelemeyen bir kendine güven duygusunun olduğu benlik saygısında abartılı bir artış vardır. Kişinin konuşma miktarı artmıştır; ancak konuşmaları çelinebilir. Kısa aralıklarla süren düşünce uçuşmaları görülebilir.¹⁸

2.1.5.2 Manik Dönem

Uyku gereksiniminin azalması genellikle manik dönemin erken belirtisidir. Hastada uyku gereksinimi azalmaya bağlı erken uyanma veya hiç uyuyamama mevcuttur.^{13,19}

DSM V'e göre manik dönem kabarmış taşkın ya da irritable, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun en az bir hafta süreyle neredeyse her gün, günün büyük kısmında bulunmasıdır. Hipomanik dönemde olduğu gibi duygudurum belirtilerine en az üç belirti (duygudurum irritable ise dördü) eşlik etmelidir. Hipomaniden farklı olarak manik dönem, toplumsal veya mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağırdır veya psikotik belirtiler gösterebilir.¹⁹

Manik atakta çağrışımların çok hızlanması nedeniyle bir fikirden ilişkisiz görünen başka bir konuya geçen dağınık bir konuşma ortaya çıkabilir. Kendiliğinden dikkat çok arttığı için, hastanın dikkati bir konuya odaklanamaz ve dikkat önemsiz uyaranlarla başka yöne çelinebilir. Sınırsız harcamalar, sahip olduklarını başkalarına düşünmeden verme, uçuk projelere girişme, seçimsiz cinsel ilişkilere girme vb. riskli davranışlar sonuçları düşünülmezsizin yapılır.¹³

2.1.5.3 Depresif Dönem

DSM V'te en az iki haftalık dönem boyunca; hemen hemen her gün, gün boyu süren çökkün duygudurum, istek ve ilgi kaybı veya zevk alamama, kilo veya iştah değişikliği, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, psikomotor ajitasyon veya yavaşlama, bitkinlik ya da enerji düşüklüğü, değersizlik ya da suçluluk duyguları, dikkat ve konsantrasyon kaybı, yineleyici ölüm düşünceleri veya özkıyım düşünceleri belirtilerinden en az beş tanesinin bulunduğu dönem major depresyon dönemi olarak tanımlanmıştır. Beş belirtiden en az bir tanesi çökkün duygudurum veya istek/ilgi kaybı veya zevk alamama olmalıdır. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal/mesleki alanlarda ve diğer önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte bozulmaya neden olur.¹⁹

İki uçlu depresyon, tek uçlu depresyondan klinik, epidemiyolojik ve sağaltım yönlerinden bazı farklılıklar göstermektedir. Biyolojik bazı farklılıklar olduğuna ilişkin çalışmalar da mevcuttur. İki Uçlu Bozukluk için genetik geçiş çok daha net ve yüksek orandadır. İki uçlu depresyon dönemlerinin sonbahar ya da kış mevsimlerinde görülme oranı yüksektir ve yinelemeler daha yüksek oranda görülmektedir. Psikomotor yavaşlama ve enerjisizlik, dönemler arası belirti değişkenliği, depresif dönem içinde duygudurumda oynaklığı, depresif dönemlerin ani ortaya çıkışı, birden kapanma (shut down) depresyonları, postpartum epizodlar, bölünmüş REM uykusu, hipersomnia iki uçlu depresyonda daha sık gözlenen öteki özelliklerdir. İki uçlu depresyonda anksiyetenin eşlik etmesi bir miktar daha seyrek. Bir depresyon dönemi ne denli erken başlamış ve psikotik özellikli olsun ya da olmasın ağır ise, bu dönemin ilerde manik ya da hipomanik dönem yaşamanın habercisi olma olasılığı o denli yüksektir. Bu farkların çalışmalarla gösterilmiş olmasına karşın patognomonik nitelikte değildir; uzunlamasına seyri katmaksızın tek başına klinik özelliklerden iki uçlu/tek uçlu depresyon ayırımını yapmak olanaksızdır.³⁵

2.1.5.4 İki Uçlu I Bozukluğu

İki Uçlu I Bozukluğu bir ya da birden fazla manik döneminin yanı sıra genellikle major depresif dönemlerin de olduğu ruhsal bir bozukluktur. Yalnızca mani veya hipomanik dönemlerle giden ‘tek uçlu mani’ olguları bu tanı içine dahil edilmektedir.²

DSM V sınıflandırmasına göre İki Uçlu I Bozukluğu tanısı koyabilmek için yaşam boyu en az bir manik dönemin yaşanmış olması gereklidir.

DSM V’e göre İki Uçlu I Bozukluğu Tanı Ölçütleri:

- A. En az bir mani dönemi için tanı ölçütleri karşılanmıştır.
- B. Mani ve ağır depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer iki uçlu ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.1.5.5 İki Uçlu II Bozukluğu

İki Uçlu II Bozukluğu bir ya da birden çok major depresif dönem ile en az bir hipomanik dönemin olduğu ancak karma ya da manik bir dönemin olmadığı psikiyatrik bir bozukluktur. Manik ya da karma dönemlerin görülmesi durumunda İki Uçlu II Bozukluğu tanısı değiştirilerek İki Uçlu I Bozukluğu tanısı konulur.²

DSM V’e göre İki Uçlu II Bozukluğu Tanı Ölçütleri:

- A. En az bir hipomani dönemi için ve en az bir ağır depresyon dönemi için tanı ölçütleri karşılanmıştır.
- B. Hiçbir zaman bir mani dönemi geçirilmemiştir.
- C. Hipomani ve ağır depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer iki uçlu ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
- D. Depresyon belirtileri ya da depresyon ve hipomani dönemleri arasında sık gidip gelmelerin neden olduğu öngörülemezlik durumu, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

2.1.6 İki Uçlu Bozukluk Sağaltımı

İUB'de sağaltım, akut hastalık dönemine yönelik ve koruyucu döneme yönelik olarak iki aşamada planlanmaktadır.³⁶ Kısa ve uzun vadeli sağaltım planının yapılması sırasında; hastanın geçirdiği hastalık dönemlerinin sayısı, tipleri, sıklığı, süresi; ara dönemlerin uzunluğu, ara dönemlerdeki işlevsellik düzeyi; kalıntı belirtilerin veya yeti yitiminin olup olmaması; daha önceki sağaltıma uyumu ve sağaltıma verdiği cevap gibi hastalığın geçmiş seyri ile ilgili özellikler ele alınmalıdır.^{20,36}

2.1.6.1 Akut Dönem Sağaltımı

Akut dönem sağaltımının amaçları belirtilerin yatıştırılması, özkıyım riskinin azaltılması, hastanın işlevselliğini en üst düzeyde sürdürülmesinin sağlanması, depresme ve yinelemelerin önlenmesine yönelik koruyucu sağaltıma hazırlık yapılmasıdır.^{36,37}

Akut dönem sağaltımında temel ilaçlar duygudurum düzenleyicilerdir; sağaltıma benzodiyazepinler ve antipsikotikler belli bir süre eklenebilir. Düzelmeye sağlandıktan sonra antipsikotikler azaltılarak kesilmesi ve duygudurum düzenleyici ile sağaltıma devam edilmesi önerilmektedir.^{20,36} Dirençli durumlarda, ağır manilerde ve gebelikte elektrokonvulsif tedavi önerilmektedir.²⁰

Antimanik etkinliği kanıtlanmış olan ikinci kuşak antipsikotikler (olanzapin, risperidon, klozapin, ziprasidon, ketiyapin, aripiprazol), akut mani sağaltımında tek başına kullanılabilirler.³⁶ Daha önce İUB tanısı konulmamış, ilk duygudurum dönemi olarak mani atağı geçirmekte olan hastanın sağaltımında antipsikotikler tek başına kullanılabilir.²⁰

Karma dönem sağaltımında seçkisiz kontrollü klinik çalışmalarla etkisi kanıtlanmış bir ilaç yoktur.³⁶ Karma dönem sağaltımı mani sağaltımına benzemekle birlikte karma dönemdeki hastalarda duygudurum düzenleyici olarak lityuma yanıt oranı klasik maniye göre daha düşüktür. Duygudurum düzenleyici olarak valproat ve karbamazepinin lityumdan daha etkili olduğu ileri sürülmektedir.^{20,36} İkinci kuşak antipsikotiklerden olanzapin, ziprasidon ve aripiprazolün karma özellikler taşıyan manide etkili olduğu bildirilmiştir.³⁶ Dirençli durumlarda, iki duygudurum düzenleyici ve antipsikotik kullanılabilir veya EKT yapılabilir.²⁰ Karma dönemde çökkünlük belirtilerine rağmen antidepresan kullanımından kaçınılmalıdır.^{36,38} Çökkünlük belirtileri olan hastalarda

mani belirtilerini tetiklemeyen, antidepresan etkisi de olan lamotrijin duygudurum düzenleyici olarak sağaltıma eklenebilir.²⁰

Hızlı döngülü olgularda lityum ve karbamazepin genellikle yarar sağlamaz.²⁰ Bu olgularda en etkili duygudurum düzenleyici ilaç sodyum valproattır. Yanıt alınmayan olgularda ikinci bir duygudurum düzenleyici eklenir; halen yanıt yoksa ikinci kuşak antipsikotik ve tiroid hormonu eklenebilir; gerekirse EKT yapılabilir.²⁰ Döngüleri sık olan hastalarda tedaviye erken başlamanın ve antidepresan kullanmamanın nükslerin önlenmesinde yararlı olduğu bildirilmektedir.³⁶

Hafif iki uçlu depresyonda ilk aşamada lityum başlamak, eğer lityum alıyorsa etkin düzeye çıkarmak önerilmektedir. Etkin kan düzeyine rağmen lityuma 2-3 haftada yanıt alınmıyorsa sağaltıma antidepresan eklenir. Ağır ve orta şiddetteki çökkünlüklerde ise ilk aşamada lityum ve antidepresan birlikte başlanır veya EKT uygulanır.^{20,36} Ağır, katatonik ya da psikotik özellikli depresyonda ve gebelerde elektrokonvulsif tedavi uygulanır.²⁰

İUB depresyon döneminde antidepresanların düşük dozda başlanması, etkili olan en düşük dozun kullanılması ve antidepresan sağaltımın uzun sürdürülmemesi önerilir. Trisiklik antidepresanlardan kaçınılması ve daha çok SSRI'lar veya MAO inhibitörleri veya bupropiyon kullanılması önerilmektedir. Son zamanlarda iki uçlu depresyonun akut ve koruyucu sağaltımında kullanılması önerilen diğer bir ilaç lamotrijindir. Antipsikotik ilaçlardan ketiyapinin etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.²⁰ İUB depresyon sağaltım planında antidepresan ilaç kullanırken manik kayma ve döngü hızlanması oluşabileceği akılda tutulması, duygudurum dengeleyicinin sağaltımda yer alması önemlidir.^{20,36}

2.1.6.2 Koruyucu Sağaltım

Hastalığın sağaltımında en az akut dönem sağaltımı kadar önemli olan bir diğer basamak da koruyucu sağaltımdır. Koruyucu sağaltımın temel amacı; depresyonların ve yinelenmelerin önlenmesi, dönemler arası sürenin uzatılması, eşik altı belirtilerin ortadan kaldırılması, hastalık öncesi işlevsellik düzeylerinin sürdürülmesi; özkıyım riskinin, hastalığın doğuracağı psikososyal sonuçların ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların (alkol ve madde kullanım bozuklukları) önlenmesidir.³⁹

Koruyucu sağaltıma, hastalığın doğal seyirinin bireyler arasında farklılıklar göstermesi nedeniyle ikinci duygudurum dönemi sonrası başlanmaktadır.³⁹ Son yıllarda koruyucu sağaltıma mümkün olduğu kadar erken başlanması, özellikle ailede İUB öyküsü olan hastalarda koruyucu sağaltıma ilk şiddetli mani döneminden sonra başlanması önerilmektedir.²⁰

Lityum ve bazı antiepileptikler (valproik asit, karbamazepin, lamotrijin) koruyucu sağaltımda yaygın olarak kullanılmaktadır. Son dönemde atipik antipsikotikler de koruyucu tedavide klinisyenler tarafından tercih edilmeye başlanmıştır.³⁹

2.1.6.3 Duygudurum Düzenleyiciler

İUB sağaltımında kullanılan ilaçlar içinde duygudurum düzenleyiciler önemli role sahip ilaçlardır. İdeal bir duygudurum düzenleyici ilaç; hastalığın her iki ucuna kaymayı engellemeli, az yan etkiye ve geniş güven aralığına sahip olmalı, ilaç-ilaç etkileşimi olmamalı, her yaş grubunda kullanılabilmesi, etkin ve ucuz olmalıdır.³⁹

Lityum İUB'nin akut ve koruyucu sağaltımda Amerikan Federal İlaç ve Gıda Dairesi (FDA)'nden onay almış ilk ilaçtır.⁴⁰ Lityumun bir grup hastada beklenen etkiyi göstermemesi ve yan etkileri nedeniyle kullanılamaması yeni ilaçların duygudurum düzenleyici olup olamayacağı tartışmasını gündeme getirmiştir. Karbamazepin, valproat, lamotrijin, gabapentin, topiramet gibi antikonvülsanlar ve ikinci kuşak antipsikotikler hızla klinisyenlerin kullanımına sunulmuştur.³⁹

Lityum

Lityum en yaygın olarak karbonat tuzu şeklinde kullanılır. Ağız yoluyla alımından sonra gastrointestinal sistemden tama yakın oranda emilir, plazma proteinlerine bağlanmaz ve metabolize olmaz.³⁸ En yüksek plazma düzeyine tek doz sonrası 1-4 saatte (yavaş salınımlı preparatlarda 6-8 saatte) ulaşır. Ortalama beyin dokusundaki konsantrasyonu plazmadan daha düşük olmakla birlikte, beyin dokusundaki yarılanma ömrü kandan daha uzun sürer. Özellikle hipofizer dokuda biriktiği gösterilmiştir. Yarılanma süresi kullanım süresine bağlı olarak değişmek üzere 24±8 saattir, kararlı-durum düzeyine sabit doz sonrası 4-6 günde ulaşır. Büyük bölümü böbrekler yoluyla atılır; böbrek yetersizliği, yaşlılık ve lohusalıkta lityumun renal klerensi azalır, gebelikte artar.^{20,41}

Lityumun; hücre zarında iyon pompaları, iyon kanalları ve hücre içi sinyal ileti yolakları; serotonin, noradrenalin, dopamin, asetilkolin, GABA, glutamat gibi nöropeptid dizgeleri üzerinde etki gösterdiği ile ilgili çalışmalar mevcuttur.³⁸⁻⁴⁰ Son yıllarda yapılan çalışmalarda ise; hücrenin koruyucu proteinlerini artırdığı, endojen büyüme faktörlerini etkinleştirdiği, nörogenezi aktive ettiği, gen ekspresyonuna yol açtığı ve bozulmuş sirkadyen ritmi düzelttiği gösterilmiştir.^{38,40,41} Bu etkilerin mani ve çökkünlükte görülen klinik belirtiler ve iyileşme ile bağlantısı henüz yeterli açıklanamamıştır.³⁸

İnce tremor, bulantı, diyare, poliüri, polidipsi, nefrojenik diabetes insipidus, iştah artışı, kilo artışı ve uzun süreli kullanımda hipotiroidi lityumun en sık görülen yan etkileridir.^{38,41}

Akut mani sağaltımında 0,9-1,5 mEq/L, korumada 0,6-0,8 mEq/L serum düzeyleri sağlanmalıdır. Plazma düzeylerinin ölçümü; etkinlik, yan etkiler ve ilaç uyumu için gereklidir.⁴¹

Lityumun; akut mani, depresyon ve koruma sağaltımında kanıt düzeyi 1A iken karma dönem sağaltımında ise kanıt düzeyi 1B'dir.⁴¹ Tipik özellikler gösteren hipomani ve mani sağaltımında ilk seçilecek duygudurum düzenleyici lityumdur.³⁸ İUB'nin mani döneminin sağaltımında depresyon döneminden daha etkili olduğu bilinmektedir.^{36,38} Ayrıca kendine zarar verici davranışlarını önleyici etkisi özellikle İUB sağaltımında lityumun değerini artırmaktadır.³⁶ Lityumun antidepresan etkisi antimanik etkisinden daha geç (3-6 hafta) ortaya çıkmaktadır. Antidepresan etkinliğinin gözlenmesi için yüksek dozlarda kullanımı önerilmektedir.³⁹

Hızlı döngülülük, psikotik mani, disforik mani, geçirilmiş hastalık dönemi sayısının fazla olması, ara dönemlerdeki işlevsellik düzeyinin bozuk olması, alkol-madde kullanım bozukluğu ya da kişilik bozukluğu ek tanılarının bulunması, hastalık dönemlerinin depresyon-mani-ara dönem örüntüsünde gitmesi lityuma kötü yanıt göstergesi olarak kabul edilmektedir.^{36,39} Lityum kesilmesine bağlı direnç klinik uygulamada ve lityuma başlama kararı verirken akılda tutulmalıdır.³⁶

Sodyum Valproat

Valproat yağ asidi ve karboksilik asitten oluşan bir antiepileptiktir. Amid ve ester türevleri de asıl molekül gibi antiepileptik aktiviteye sahiptir. Primer amidine "valpromid" denir ve valproik asitten iki kat daha potenttir. Valproat preparat olarak sodyum tuzu ya da asit olarak bulunur.³⁹

Valproat gastrointestinal sistemden hızlı, divalproeks sodyum ise yavaş emilir. Valproatın biyoyararlanımı yüksek(%96-100), yarı ömrü 13-18 saattir. Plazma proteinlerine bağlanma oranı %70-94'dür. Tepe konsantrasyonuna enterik tabletler 3-5 saatte, yavaş salınımlı formlar ise 5-10 saate ulaşır. Beyine hızlı geçer, BOS'da valproat düzeyi kan düzeyinin %20-30'una yakındır. En yüksek konsantrasyonlar yavaş salınımlı formunda görece düşüktür; bu durum iki doz arasında ilaç düzeyindeki oynamaların az olmasını sağlar ve daha az yan etkiye yol açar.^{38,41} Daha çok idrar kısmen de dışkıyla atılır.³⁸ Karaciğerde konjugasyon ve oksidatif süreçlerle (mikrozomal enzim sistemi) metabolize olur. Valproat ilaç oksidasyonunu inhibe etmesinden dolayı, birlikte kullanıldığında birçok ilacın serum düzeyinin artmasına yol açabilir.³⁸

Valproatın antiepileptik ve duygudurum düzenleyici etkilerinin düzeneği kesin olarak bilinmemektedir. Preklinik çalışmalarda GABA'nın sentez ve yıkımını etkileyerek GABA düzeyini yükselttiği gösterilmiştir. Bu etkinin ilacın sağaltıcı etkisi ile bağlantılı olup olmadığı kesinlik kazanmamıştır. Valproatın; başka nörotransmitterleri düzenleme, voltaj duyarlı sodyum kanalları, hipotalamus dışı nöropeptidler, sekonder mesajcılar üzerinde etkileri ve sinir hücresini koruyucu özelliği de gösterilmiştir.³⁸ Antimanik etkinin valproik asit ve aktif metabolitleri üzerinden gerçekleştiği düşünülmektedir.⁴¹

Kilo artışı, mide-barsak irritasyonu, bulantı, kusma, diyare, titreme, saç dökülmesi, sedasyon sıkça görülen yan etkilerdir. Diğer önemli yan etkiler agranülositoz, hemoraji, ödem, asit, karaciğer işlev bozuklukları ve polikistik over sendromudur. Lityum ile birlikte kullanıldığında kilo alımı, sedasyon, sindirim sistemi yakınmaları ve el titremesi gibi yan etkiler daha fazla olur.^{38,41}

Valproat, birçok sağaltım klavuzunda akut mani sağaltımı için birinci sırada önerilen bir duygudurum düzenleyicidir. Valproatın hem depresyon hem de mani dönemlerini önlemede etkinliği gösterilmiştir. Mani döneminde başka ilaçlar ile sağaltım gören hastaların %54-71'i valproat eklenmesinden yararlanır. Akut manide birinci derecede kanıtı sahipken, koruyucu sağaltımda 2. derecede kanıtı sahiptir. Son yıllarda gerçekleşmiş çalışmalar, İUB'de depresyonu iyileştirici etkisine kanıt sağlamıştır. Valproatın uzun dönemde çökkünlük belirtilerini ve dönemlerini engelleyici etkisi akut depresyondaki sağaltıcı etkisine göre daha önemlidir. Hızlı döngülü iki uçlu hastalarda, karma dönemlerde, psikotik manide, geç başlangıçlı mani ve organik hastalıkların eşlik ettiği manilerde tercih edilebilir. Geçmişte çok sayıda hastalık dönemi geçirmiş olanlarda

lityumdan daha etkili olduğunu, lityuma yanıt vermeyen olgularda düzelme sağladığını bildiren çalışmalar mevcuttur. Sürdürüm sağaltımında 100 mg/mL'den daha yüksek serum düzeylerinin 75-100 mg/mL düzeylerinden daha az etkili olduğu görülmüştür.^{38,41}

Karbamazepin

Karbamazepin barsaklarından yavaş emilir, %70-80 oranında plazma proteinlerine bağlanır. Karaciğerde P450 sistemi ile konjugasyon ve hidrosilasyon ile inaktive olur. Yarı ömrü yaklaşık 18-54 saat olup büyük bölümü böbrekten idrar yoluyla, %1'i ise safra ile atılır. Tutuşmayı azaltıcı, GABA taşınmasını artırıcı ve glutamerjik etkilerinin olduğu düşünülmektedir.³⁸

Akut mani tedavisinde ve koruyucu olarak kanıtlanmış bir ilaçtır. Akut mani sağaltımında kanıt düzeyi 1c, depresyon ve koruma sağaltımında 2c dir.⁴¹ Koruyucu etkisi depresif dönemler için mani dönemlerine olan etkisinden düşüktür. Akut manide 4-12 mg/mL arası kan düzeyi hedeflenir. Lityumla başarılı koruma yapılamayan bazı İUB hastalarında yalnız başına ya da lityum ile beraber iyi yanıt alınabileceği görülmüştür. Tipik özellikler taşımayan, karma, hızlı döngülü manide lityumdan daha etkili olmakla birlikte tipik İUB hastalarında etkisi lityuma göre zayıftır. Antidepresan etkisini gösteren bazı çalışmalar vardır, ancak bu çalışmalar yeterli sayı ve kapsamda değildir. Lityum ile birlikte kullanıldığında bazı hastalarda akut konfüzyon gelişebilir.^{38,41}

Karbamazepinin başlıca yan etkileri; bulantı, kusma, mide rahatsızlıkları, kabızlık, ishal ve iştahsızlık, uyuşukluk, sersemlik, baş dönmesi, ataksi, sedasyon, aplastik anemi, agranülositoz, hepatit, eksfoliyatif dermatit, eritema multiforme, Stevens-Johnson sendromu ve toksik epidermal nekrolizis olarak sayılabilir. Önemli diğer yan etkiler AV ileti gecikmesi, anemi, trombositopeni ve bradiartimidir.^{38,41}

Yan etkileri ve ilaç etkileşimleri göz önüne alındığında karbamazepin, İUB sağaltımında ilk sırada tercih edilecek bir ilaç olarak kabul edilmemekte, ancak önemli bir sağaltım seçeneği sağlamaktadır.³⁸

Lamotrijin

Barsaklardan hızlı ve tama yakın emilir (biyoyayarlanım %98). Proteine bağlanma oranı (%55) düşük olması nedeniyle ilaç etkileşimlerine yol açmaz. Karaciğerde glukoronik asit

ile konjuge edilir, %94 idrarla atılır. Duygudurum düzenleyici etkisinde, sinir hücrelerini koruyucu ve antiglutamerjik etkisinin rol oynadığı düşünülmektedir.³⁸

Son zamanlarda İUB depresyon ve koruyucu sağaltımında önerilen bir antiepileptiktir. Özellikle ağır depresyon dönemleri ile giden İUB-2 hastalarında etkili olduğu bilinmektedir. Akut duygudurum dönemlerinde etkinliği henüz kanıtlanmamış olmakla birlikte, İUB depresyon döneminde etkili olduğu ve manik kaymaya çok düşük oranda yol açtığı doğrultusunda yayınlar vardır.^{20,38} Tek başına İUB depresyonda etkinliği için kanıt düzeyi 2, güvenirlilik kanıt düzeyi 3c dir.⁴¹

Valproik asitle kullanıldığında yarı ömrü uzar, karbamazepinle kullanıldığında yarı ömrü kısalır. Ciddi deri hastalıklarına yol açması nedeniyle dozun yavaş artırılmasının gerekmesi akut dönemelerde kullanılabilirliğini zorlaştırmaktadır. Yan etkileri arasında baş dönmesi, bulantı, kusma, ataksi, somnolans, baş ağrısı, çift görme, bulanık görme, raş ve Stevens-Johnson Sendromu ve toksik epidermal nekrolizis yer alır.^{38,41}

2.1.6.4 Antipsikotikler

Antipsikotik ilaçlar bipolar bozukluk tedavisinde psikotik belirtilerin varlığında uzun zamandan beri kullanılmaktadır. Yıllar içerisinde psikotik özellikler göstermeyen akut dönemlerde ve koruyucu tedavide giderek antipsikotiklerin kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır.

2.1.6.4.1 Birinci Kuşak Antipsikotikler

BKA mezolimbik D2 reseptörleri üzerinde yüksek affinite ve antagonizma gösterirler. Histaminerjik, muskarinerjik, alfa adrenerjik, serotenerjik ve D1 afinitelerinde farklılıklar mevcuttur. Bu etkilerine göre düşük, orta ve yüksek potensli olarak sınıflandırılırlar. Yüksek potensliler daha fazla EPS yan etkisine sahipken antikolinerjik, sedatif ve hipotansif etkileri daha azdır. Düşük potensliler daha az EPS yapar ancak antikolinerjik, sedatif ve hipotansif etkileri daha fazladır. Orta potensliler yan etki profili açısından iki grubun arasında yer alır. BKA'ların diğer yan etkileri ise; prolaktin artışı, kilo artışı, cinsel sorunlar, görme bulanıklığı, gastroüriner sistem üzerinde antikolinerjik etkiler, dermatit ve cilt döküntüleridir. BKA'lar ayrıca lökopeniye, agronülozitoza ve uygunsuz ADH sendromuna yol açabilirler.^{38,42,43}

BAKA'lar etkili antimanik ajanlar olup, tüm dünyada 50 yılı aşkın süredir bu amaçla kullanılmışlardır.⁴⁴ İki uçlu bozuklukta birinci kuşak antipsikotiklerin kullanıldığı eski çalışmalar duygudurum dengeleyiciyle birlikte birinci kuşak antipsikotik kullanımının etkili ve güvenli olduğu; özellikle mani dönemine eşlik eden psikotik belirtiler, taşkınlık, saldırganlık varsa yararlı olduğu sonucunu vermektedir. Akut mani sağaltımı sırasında birinci kuşak antipsikotiklerin klinik belirtiler yatıştıktan sonra 2-6 ay içerisinde kesilmesi önerilmektedir.²⁰

Birinci kuşak antipsikotikler içerisinde, kontrollü çalışmalarda en geniş çapta kanıtlara sahip olan klorpromazin, akut manik dönemde belirtilerin kontrolünde lityuma göre daha hızlı etkili olduğu gösterilmiştir.^{44,45} Parentral flupentiksol depo ile yapılan çalışmalarda; parentral flupentiksolun, hastalığın tekrarlamasını önleyici etkilerinin yanı sıra manide geçirilen zamanda ve hastanede geçirilen ortalama gün sayısında azalma etkileri gösterilmiştir. Depo haloperidol ve lityum kombinasyonunun hızlı döngülü manik relaplarda belirgin bir azalma sağladığını rapor edilmiştir.⁴⁶⁻⁴⁸

Haloperidol şiddetli ve psikotik manide etkili olmasına karşın, özellikle karma durumlarda disforik ve depresif belirtileri şiddetlendirdiği bildirilmiştir.¹ BKA'lar uzun yıllardır psikotik özellikli İUB depresyon tedavisinde kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda BKA'ların, iki uçlu depresyonun akut dönem sağlatımında etkisiz olduğu ve potansiyel olarak depresif dönemin gidişini kötüleştirebileceği öne sürülmektedir. BKA'lar, iki uçlu bozukluğun koruyucu sağaltımında uzun yıllar boyunca yaygın olarak kullanılmış olmakla birlikte etkili bir koruyucu sağaltım sağladıkları gösterilememiştir. Uzun dönemdeki yan etkiler de göz önüne alındığında BKA'lar iki uçlu depresyon ve koruyucu sağaltımda sınırlı bir role sahiptir.⁴⁴

2.1.6.4.2 İkinci Kuşak Antipsikotikler

İkinci kuşak antipsikotikler; serotenerjik, adrenerjik, muskronik ve histaminerjik reseptörlere yüksek bağlanma gösterirler. D2a reseptörleri üzerinde etkilerinin zayıf olması nedeniyle EPS yan etkileri düşüktür. Klozapin, olanzapin ve ketiyapin D2 reseptör bağlanması düşük iken risperidon, sertindol ve ziprasidonun 5HT/D2 reseptörlerine bağlanması güçlüdür. Sülpirid ve amilsülpirid seçici D2/D3 blokajı yaparken aripiprazol D2 reseptörleri üzerinde parsiyel agonist etki gösterir.³⁸ Klozapin D4 resptörlerine güçlü bağlanma gösterir.³⁸

Atipik antipsikotiklerin yan etkileri; sedasyon, baş ağrısı, kabızlık, kilo alımı, ortostatik hipotansiyon, baş dönmesi, antikolinergik yan etkiler, hiperprolaktinemi ve cinsel yan etkilerdir. Aripiprazol'un EPS, kilo alımı, metabolik sorunlar ve hiperprolaktinemiye yol açma olasılığı düşük olduğu bildirilmektedir. Aripiprazol tedavisi sırasında en sık rastlanan EPS bulgusu akatizidir (%10). Ziprasidonun, EPS ve kilo alımı ile ilgili yan etkileri kabul edilebilir düzeylerde; diğer yandan ziprasidon hastaların %10'unda QTc'de uzamaya yol açabileceğinden dikkatli olunmalıdır. Birçok reseptör sistemini etkilemekle birlikte klozapinin düşük EPS yan etkisi ortaya çıkarması ve tardif diskineziye yol açmaması dikkat çekicidir. Ancak %1 agranülositoz, %2 konvülsiyon ve daha nadiren miyokardit gibi yan etkilerinin varlığı açısından klozapinin dikkatli kullanımı önerilmektedir.^{38,49}

T.C Sağlık Bakanlığı tarafından aripiprazol, ketiyapin, olanzapin, risperidon, ziprasidon akut mani sağaltımında; ketiyapin iki uçlu depresyon sağaltımında; aripiprazol, ketiyapin, olanzapin koruma sağaltımında onay almıştır. Ketiyapin karma özellikli manide onay almamıştır. İki uçlu depresyon sağaltımında, olanzapin-fluoksetin kombinasyonu etkili bulunmuş ve FDA tarafından onay almıştır.^{41,45}

Akut mani sağaltımında ikinci kuşak antipsikotikler, tek başına veya duygudurum düzenleyicilere ek olarak kullanımda etkili oldukları kanıtlanmış ilaçlardır.^{41,50} Bu ilaçların akut manide etkinliklerini destekleyen geniş çift kör, plasebo kontrollü birçok çalışma mevcuttur.⁴⁵ Perlis ve ark.⁵¹ meta-analiz çalışmalarında, mani döneminde tek başına İKA'nın (aripiprazol, ketiyapin, olanzapin, risperidon ve ziprasidon) kullanımını etkin olarak bildirmişlerdir. Meta-analiz çalışmaları sağaltıma dirençli olgularda, DD'lerle birlikte İKA'ların bir arada kullanımlarının, tek başına kullanımından daha etkili olduğunu göstermektedir.⁴¹ Antidepresanlardan farklı olarak antimanik etkinliği de olan İKA'ların iki uçlu depresyonda kullanımı ile ilgili giderek artan sayıda çalışma ile karşılaşılmaya başlanmıştır.⁴⁵ Diğer yandan antidepresanlara eklenen İKA'ların depresyon dönemlerinin sağaltımında yararlı olabileceğine dikkat çekilmektedir.⁵²

2.1.6.5 Antidepresanlar

Antidepresanların, iki uçlu depresyon sağaltımında tek uçludaki kadar etkili olup olmadığı ve kullanımı konusunda çelişkili bulgular mevcuttur. Bir çalışmada, iki uçlu bozuklukta antidepresanlara yanıt alınamama ve antidepresan etkinin bir süre sonra kaybolma oranının, tek uçlu bozuklukta daha yüksek olduğu bulunmuştur.^{20,36}

Yapılan bir çalışmada paroksetin ve bupropiyonun etkisinin plasebodan yüksek olmadığı bulunurken, antidepresan ilaçların İUB'de tek uçlu depresyonda olduğu kadar etkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur.³⁶

İki uçlu depresyon sağaltımında, antidepresan kullanımının mani ve hipomaniyi tetikleme, döngü sayısını artırma, hızlı döngülülüğü ortaya çıkarma olasılığı mevcuttur. Bu nedenle tek başına antidepresan sağaltımı önerilmemekte; antimanik etkinliği olan bir DD ile beraber kullanımı önerilmektedir. Antidepresanların, İUB I'de ilaca bağlı mani ya da hipomani ortaya çıkma olasılığı İUB II'den daha yüksektir. 2006'da yapılan bir çalışmada, antidepresanların hipomani veya maniyeye yol açma olasılıkları plasebodan daha fazla bulunmamıştır. Aynı çalışmada antidepresan kullanan hastalarda döngü sayısının antidepresan kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.³⁶

İUB'de, SSRI, MAO-I inhibitörü ve bupropion önerilmekte; trisiklik antidepresanların ve venlafaksin kullanımında manik kayma riskinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Çeşitli kontrollü çalışmalarda trisiklik antidepresanlar ile döngü sayısında ve hızlı döngülülükte artış gösterilmiştir. İki uçlu depresyonda antidepresan kullanım süresi de tartışmalıdır. Kısa dönemli çalışmalar, DD ile birlikte kullanılması durumunda manik kayma riskinin yükselmediğini göstermekle birlikte uzun süreli kullanım için yeterli veri bulunmamaktadır. Genel uygulama, iki uçlu depresyonda antidepresan ilaçlarla belirtiler yatırırsa 3-6 ay içinde ilacın kesilmesi yönündendir.^{20,36}

İUB'nin koruyucu sağaltımında uzun dönemli antidepresan kullanımı çok tartışmalıdır. Ağır depresyonları olan İUB II hastalarında antidepresanların kesilmeleri mümkün olmamaktadır. Bu hastalarda mutlaka antimanik etkisi olan DD birlikte kullanılması gerekmektedir.³⁶

2.2 CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

2.2.1 Cinselliğin Tanımı ve Tarihçesi

Doğuştan sahip olduğumuz fizyolojik bir dürtü, yaşamın doğal ve sağlıklı bir parçası olan cinsellik; insan hayatındaki önemli işlevsellik alanlarından biridir. İnsanlar, diğer canlılardan farklı olarak üreme dışında haz almaya yönelik de cinsel davranışlar sergilerler.⁵³

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlıklı cinselliği, “somatik, duygusal, entelektüel ve sosyal bileşenleri olumlu yönde bütünleştiren, zenginleştiren ve kişiliği, iletişimi, sevgiyi geliştiren bütünlük” olarak tanımlamaktadır.⁵⁴ Cinsellik bir bireyin, fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşantısının önemli bir yönü olup sadece basit bir şekilde üreme için yapılan biyolojik bir yaşantı değil, kişilerarası duyguların iletişimine yarayan, kişiye hoş duygular yasatan ve zevk veren bir yaşantıdır (Özkan, 2001). Cinsel ilgi ve performans bireyler arasında önemli farklılıklar gösterdiği gibi, aynı bireyde bile farklı zaman ya da farklı partnerle değişiklikler gösterebilmektedir.⁵⁵ Cinsel davranış; kişinin başkasıyla ilişkisinden, yaşam çevresinden ve içinde yaşadığı kültürden etkilenir; ayrıca cinsellik, kişilik faktörleri, biyolojik yapı ve genel kendilik algısı ile de iç içedir (Kayır & Sahin, 1998).

Tarihsel olarak bakıldığında, cinsel kimlik ve cinsel işlevle ilgili sorunlar psikiyatri biliminin alanı içerisinde yer almaktadır. Sigmund Freud, Richard Krafft-Ebing, Henry Havelock Ellis gibi bilim adamları insan cinselliğine odaklanmışlar ve insan davranışlarının açıklanmasında cinselliğin önemli olduğunu vurgulamışlardır.⁵⁶ Cinselliğe ilişkin ilk kapsamlı araştırma, Kinsey ve arkadaşları tarafından 1938 ile 1952 yılları arasında ait insan cinsel davranışlarına yönelik istatistikleri içermektedir. Masters ve Johnson tarafından “İnsanda Cinsel Davranış” adlı kitapta yayınlanan, insan cinsel tepkisinin anatomi ve fizyolojisini içeren çalışma, bugünkü insan cinsel fizyolojisi ile ilgili bilgilerimizin temelini oluşturmaktadır.⁵⁷ Sonraki yıllarda her ne kadar bazı değişiklikler olsa da, cinsel tepki süreci ile ilgili olarak Masters ve Johnson’un ortaya koyduğu model, CİB’in çağdaş sınıflandırmalarına temel oluşturmuştur.

2.2.2 Normal cinsellik

Cinsel işlevler; başta merkezi sinir sistemi, beş duyu ve genital organlar olmak üzere tüm bedenin katıldığı, onlarca hormon ve kimyasal maddenin karmaşık bir etkileşimi ile yürütülen bir süreçtir.

2.2.2.1 Yapısal özellikler

Kadın ve erkek cinsel organlarının anatomisi dış genital organlar ve iç genital organlar olmak üzere iki kısım olarak incelenir.

Kadında dış genital organlar; büyük dudaklar (labium majör), klitoris, küçük dudaklar (labium minör), üretral açıklık ve vajina girişidir. İç genital yapı ve organlar; himen (kızlık zarı) serviks, uterus, follap tüpleri ve overlerdir. Genitallerin görünümü kişiden kişiye farklılıklar gösterebilir.⁵⁸

Serviksten vajinal açıklığa kadar uzanan vajen yaklaşık 8 cm uzunluğundadır. Vajinal duvarları örten mukoz membran çeşitli transvers kıvrımlar oluşturur. Cinsel birleşme sırasında penise uyum sağlamak için vajen boyu ve eni artış gösterir.⁵⁵ Vajinayı çevreleyen damarlardaki kan göllenmesinden süzülen transüda (proteinden fakir hücrelerarası sıvı) niteliğindeki sıvı, vajinanın ıslanmasını ve cinsel ilişkinin gelişmesini sağlar. Vajinanın sadece 1/3 dış kısmı cinsel yönden uyarılabilir, geri kalan bölüm sadece basıncı hisseder.⁵⁸

Klitoris damar ve sinir yönünden zengindir ve özellikle baş kısmı yüksek oranda duyarlıdır. Cinsel uyarılma esnasında klitoris genişler ve kabarır. Üstü klitoris başlığı denen yapıyla örtülüdür; özellikle orgazmın gelişmesinde klitoris başlığının klitorise sürtünmesinin büyük rolü vardır. Heyecanlanma evresinde en ufak uyarı, fantezi kurulması bile klitorisin çapında artmaya neden olur. Ayrıca klitorisin gövdesi ve iki taraftaki bacakları da kanla dolup şişer; küçük dudaklar civarındaki basınçla meydana gelen hazdan sorumlu olurlar. Klitoris gövdesinin %10-20 oranında büyüdüğü ve bunun erkekteki ereksiyona (sertleşme) karşılık geldiği bilinmektedir.⁵⁸

Erkek dış genital organları; penis, skrotum ve testisler; iç genital organları ise prostat ve sperm kanallarıdır.⁵⁸

Penis, baş ve gövde olarak iki bölüme ayrılır; yağ dokusu içermez. Penisin hemen tüm bölgeleri duyarlıdır. Penis başında frenulum adı verilen bölge, sünnnet derisinin penis boynuna tutunmasına yardımcı olur ve erkeğin cinsel uyarılması açısından hassas bir bölgedir. Erkekte penisin sertleşmesi süngerimsi yapıların kanla dolması ile gerçekleşir. Kadından farklı olarak erkekte idrar yolundan hem idrar hem de meni gelmektedir.⁵⁸

Testisler, penisin alt kısmında skrotum denilen deri ile çevrilidir; sağ ve sol olmak üzere iki tanedir. Erkeğin cinsel uyarılması sırasında rol oynar. Skrotum oldukça esnek bir yapıya sahiptir ve bu özelliği sayesinde testisleri dışarıdan gelecek darbelere karşı korur.⁵⁸

Mesanenin tabanında üretra başlangıcında yerleşen prostat, boşalma sırasında salgıladığı maddeler ile meni sıvısına spermleri uyarıcı özelliği kazandırır. Ayrıca prostat boşalma sırasında kasılarak, idrar kanalının idrar kesesine giren kısmının kapanmasını ve meninin geriye, mesaneye kaçmamasını sağlar.⁵⁸

2.2.2.2 İşlevsel Özellikler

Cinsellikte temel rol oynayan otonom sinir sistemi, endokrin sistem, nörotransmisyonun düzenlenmesi gibi işlevler, merkezinin beyin olduğu akslar sayesinde gerçekleşmektedir.⁵⁹

Cinsel işlevlerden sorumlu beyin alanları limbik sistem ve hipotalamustur. Özellikle anterior hipotalamik medyal preoptik çekirdeğin erkek, posterior hipotalamik ventromedyal çekirdeğin ise kadın cinsel davranışlarını yöneten merkezler olduğu düşünülmektedir. Cinsel istek, dürtü, fantezi ve motivasyonun oluşmasında dopamin bilinen en önemli nörotransmitterdir. Bu nedenle cinsel fonksiyonların büyük ölçüde mezolimbik dopaminerjik yolakta fonksiyon gören dopamin tarafından indüklendiği kabul görmektedir.⁵⁹

Testesteronun, her iki cinsten libido üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Erkeklerde ve kadınlarda orgazm sırasında plazma oksitosin düzeyi artar.⁵⁵ Serotonin; mezolimbik dopaminerjik aktiviteyi düşürerek ve prolaktin seviyesini artırarak cinsel istekte azalmaya, presinaptik adrenerjik transmisyonu engelleyerek orgazmda gecikmeye ve orgazm esnasında kasılan düz kasları üzerine etkisi ile ejakülasyonun inhibisyonuna neden olmaktadır. Ayrıca serotoninin, periferik sinirlerden kaynaklanan sensöriyel iletide azalmaya neden olduğu düşünülmektedir.⁶⁰ Östrojen kadınlarda sevişme ve cinsel birleşme isteğinden sorumluyken, progesteron cinsel istek ve sevişme arzusunu azaltır.⁵⁶ Kadınlarda östrojen, vajinal dokunun bütünlüğünü korunmasını, genital vazokonjesyonu ve vajinal lubrikasyonu sağlar.⁵⁶ Prolaktin cinsel isteği ve performansı azaltıcı etkiye sahiptir.⁶¹

Asetilkolin; korpus kavernozumdaki düz kasları gevşeterek kan akımını arttırmakta, ereksiyonu ve genital sekresyonların salgılanmasını sağlamakta, NO ve VIP gibi transmitterlerin sentez ve salgılanmasında rol oynamaktadır.⁶²

Cinsel organların sinir iletimi, büyük oranda otonom sinir sistemi tarafından yürütülmektedir. Parasempatik iletim (pelvik splanknik sinirler aracılığıyla); erkekte ereksiyon, kadında klitoriste kabarma ve vajinal lubrikasyondan sorumludur. Orgazm esnasında, erkekte ejakülasyondan ve kadında ritmik kasılmalardan sempatik sistem (hipogastrik sinirler aracılığıyla) sorumludur.^{55,63}

Kaplan; cinsel işlevlerin bifazik niteliğini vurgulamış, cinsel yanıt evrelerini klinik açıdan yeniden sınıflandırarak bunlara cinsel isteği de eklemiştir. İnsanda cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepkiyi, Masters ve Johnson dört ayrı evreye ayırmıştır. Bu evreler;

uyarılma evresi, plato evresi, orgazm evresi ve çözülme evresidir. Erkeklerdeki cinsel yanıt döngüsü genellikle birbirine benzer ve tek bir grafikte tanımlanabilir. Ancak kadındaki cinsel yanıt döngüsü, tepkinin hem yoğunluğu hem de süresiyle ilişkili olup, sayısız çeşitlilikte olabilir.⁵⁹

Cinsel İstek fazı: Bu evre cinselliğin psikolojik yönünü, öznel uyarılmayı, birey tarafından istenmesini ve arzulanmasını içermektedir. Cinsel döngünün en önemli evresidir. Bu evrede istek ve arzuya göre; bireyin cinselliği oluşturacak iletişim, ortam, fantezi, partner ilişkileri vb. karmaşık davranışları gerçekleştirmesini sağlayacak motivasyonu oluşur.⁵⁸

Uyarılma fazı: Bedende fizyolojik değişikliklerin başladığı bu evre; temel olarak erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, erkekte ereksiyon, kadında kadında ıslanma (lubrikasyon), cinsel organda ve meme uçlarında kabarma, yaygın olarak vazokonjesyon ve kas geriliminde artış ile karakterizedir. Herhangi bir bedensel ya da psikolojik uyarı ile ortaya çıkabilir. Cinsel uyarının süre ve yoğunluğuna gösterilen tepkinin şiddeti hızlı ya da yavaş biçimde artar. Kişiye uygun düşen yeterli süre ve yoğunlukta devam eden cinsel uyarı karşısında uyarılma evresi, çok kısa sürebileceği gibi, uygun düşmeyen cinsel uyarı durumunda ya da cinsel uyarı aralıklarıyla sürdürülmüşse uzayabilir ya da kaybolabilir. Ancak uyarılma ve plato evreleri boyunca, cinsel uyarı sürüyor olsa bile, dış etkenlerde ortaya çıkan bir değişiklik ya da psikolojik gerginlik sertleşmeyi kısmen ya da tamamen kaldırabilir. Cinsel uyarı devam ederse sertleşme tekrar sağlanabilir.^{56,58,59}

Plato evresi: Aslında uyarılma evresinin bir parçası ve devamı niteliğinde olan bu evrede; etkili cinsel uyarının ve cinsel heyecanın artması ile birlikte, kadın ya da erkek plato sürecine girer. Bu evre; orgazm evresine giriş niteliğindedir, haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer. Bu evrenin süresi kişiler arasında hatta aynı kişide değişik zamanlarda oldukça değişkendir. Erken boşalması olan erkeklerde aşırı kısadır.^{58,59}

Orgazm evresi: Diğer fizyolojik evrelere göre çok kısa süren bu evrede beyinde haz merkezince algılanan oldukça güçlü bir haz duygusu yaşanır. Orgazm; kadında klitoral bölgede ve vajinada, erkekte ise penis ve prostatta yoğunluk kazanır. Bu evrede; erkekte prostattan üretra boyunca ritmik kasılmalar ile boşalma gerçekleşirken, kadında ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları gerçekleşir. Hem kadın hem erkekte orgazm; güçlü 3-5 kasılma ve takibinde

giderek şiddeti azalan kasılmalar ile karakterizedir. Bu kasılmaların şiddeti kadından kadına ve cinsel ilişkide yaşanan hazza göre değişebilir.^{58,59}

Çözülme evresi: Cinsel döngünün son evresidir. Yaşanan cinsellik sonrasında orgazmı takiben, orgazm yaşanmamış ise plato evresini takiben, genital bölgelerde ve bedenin diğer bölgelerinde önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin aynı sırayı takip ederek kaybolması ile karakterizedir. Bu evrenin süresi; cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmediğine göre değişir. Kadınlar orgazm sonrası cinsel uyarının devam etmesi ile tekrar orgazm olabilirler. Erkeklerde orgazm sonrası refrakter dönem diye tanımlanan fizyolojik çözülme gerçekleşir. Refrakter dönemde; cinsel istek azalır, beyinde cinsel bölgelerde aktivite azalır ve penis cinsel açıdan bir süre uyarılmaya tepki vermez. Bu süre değişken olup yaşla birlikte uzar. Kadınlarda ise orgazm sonrası beyindeki cinsel bölgelerde aktivite devam eder. Bu nedenle kadınlar çözülme evresinde cinsel açıdan aktifken erkekler inaktiftir. Kadınların fizyolojik olarak bir orgazmın ardından art arda çoğul orgazm yaşayabilme kapasitesi vardır.^{58,59}

2.2.3 Cinsel işlev bozuklukları

Cinsel işlev bozuklukları; cinsel istekteki ve cinsel yanıt döngüsünü oluşturan psikofizyolojik değişikliklerde bozulma ile belirlidir, belirgin sıkıntı ve kişilerarası ilişkilerde zorluğa neden olur.¹⁸ Cinsel bozukluklar; yaşam boyu süren ya da sonradan edinilmiş tarzda, genelleşmiş ya da durumsal olabilir. Masters ve Johnson cinsel işlev bozukluğunu ‘insan cinsel yanıt döngüsünde yeterince cinsel uyarılma ve/veya doyuma ulaşmada yetmezliğe yol açabilecek herhangi bir aksama olarak’; Schmidt ve Arentewicz ise ‘azalmış ya da atipik genital fizyolojik reaksiyonlar veya bu reaksiyonların tamamen kaybı sonucu cinsel duyarlılık ya da cinsel davranışlarda ortaya çıkan bozukluklar’ olarak tanımlamıştır.⁶⁴

2.2.3.1 Oluş Nedenleri

Cinsel işlev bozukluklarının hem bedensel hem de psikolojik nedenleri vardır. Çoğu zaman, psikolojik ve organik nedenler sorunun ortaya çıkmasında birlikte rol oynarlar. Sorun bedensel ya da çeşitli organik nedenlerle ortaya çıksa bile bir süre sonra psikolojik etkenler tabloya eklenebilmektedir.⁵⁹

Cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında ve sürmesinde, genellikle çok sayıda psikososyal ve kültürel etken birlikte rol oynamaktadır. Bu etkenler arasında; yetişme koşulları, ailenin tutumu, eğitim, eksik ya da yanlış cinsel bilgi, eşler arasındaki uyumsuzluk ve iletişim sorunları, eşin cinsel sorunlarının olması, eşinde ya da kendisinde var olan cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyen çeşitli psikiyatrik sorunlar ya da hastalıklar sayılabilir. Bedensel nedenler arasında; kalp damar ve dolaşım sistemi, karaciğer ve akciğer hastalıkları, renal, ürolojik, genetik ve nörolojik hastalıklar, beslenme bozuklukları ve endokrin bozukluklar, entoksikasyonlar, enfeksiyon hastalıkları, genital anomaliler, geçirilmiş operasyonlar ve ilaç tedavileri bulunmaktadır.^{59,65}

2.2.3.2 Epidemiyoloji

Çeşitli cinsel işlev bozukluklarının yaygınlığını inceleyen çok az sistematik epidemiyolojik veri bulunmaktadır. Yapılan araştırmalar dünyanın farklı ülkeleri ve kültürlerinde, cinsel sorunların genel olarak sık rastlandığını ve yaşam boyu prevalansının %30-50 arasında değiştiğini göstermektedir.^{66,67} Çalışmalar, genel olarak kadınlarda daha sık ortaya çıktığını ve kadınların %30-60'ının yaşamları boyunca en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşadığını ortaya koymaktadır. Cinsel istek bozukluğu ve uyarılma bozuklukları en sık görülen cinsel işlev bozukluklarıdır (Her 3 kadından 1'inde). Yaşlı ve bekar kadınlar daha çok cinsel işlev bozukluğu yaşamaktadırlar. 60 yaş üstünde kadınların %60-80'i cinsel işlev bozukluğu yaşarken; ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde genç-orta yaş kadınların, gelişmiş batı ülkelerinde ise daha çok ileri yaşlardaki kadınların cinsel sorunların çözümü için arayışa yöneldikleri görülmektedir. Ülkemizde, kadınlarda en sık başvuru nedeni ise vajinismustur. Yapılan araştırmalar, erkeklerin yaklaşık %40'ının yaşamları boyunca en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşadığını göstermektedir. Erken boşalma, en sık görülen cinsel işlev bozukluğudur (yaklaşık 3-4 erkekten birinde).⁶⁶

Bugüne kadar yapılmış en geniş çalışmada; erkek disparonisi % 3, kadın disparonisi %15, erkek orgazm problemleri %10, kadın orgazm sorunları %25, kadında azalmış cinsel istek %33, prematür ejakülasyon %27, kadında cinsel uyarılma bozukluğu %20 ve erkekte ereksiyon zorlukları %10 olarak bildirilmiştir.¹⁸ Sekiz Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada ise kadınların %34'ünde ve erkeklerin %15'inde cinsel isteksizlik olduğu belirlenmiştir.⁶⁸

2.2.3.3 Sınıflama ve klinik özellikler

Tıp dünyasında var olan önyargılar, cinsellik ve cinsel işlevlerin uzun yıllar tıbbın bir alanı gibi görülmemesi, tıp ve uzmanlık eğitimlerinde cinsel konulara yeterince yer verilmemesi gibi sorunlar; cinsel işlev bozukluklarının tanımlanması, sınıflandırması ve tedavilerinin gelişmesinde bir engel oluşturmuştur. Cinsel işlev bozukluklarının multidisipliner doğası ve cinsel tedavilerde farklı disiplinlerin işbirliği zorunluluğu, disiplinler arası ortak bir tanım ve sınıflandırma gereksinimini ortaya çıkarmıştır.⁶⁷ DSM IV, Kaplan'ın fizyolojik cinsel yanıt döngüsüne göre düzenlenmiş, her bir bozukluğun alt tipleri de belirlenmiştir. Bu alt tipler, bozukluğun başlangıç şekline göre; primer (yaşam boyu) veya sekonder (kazanılmış), niteliğine göre; yaygın veya durumsal, etiyolojiye göre; psikojenik veya karışık tiptir. DSM IV-R'de cinsel işlev bozuklukları; Cinsel istek bozuklukları, Cinsel uyarılma bozukluğu, Orgazm bozuklukları, Cinsel ağrı bozuklukları, Genel tıbbi duruma bağlı cinsel işlev bozuklukları, Madde kullanımının yol açtığı cinsel işlev bozuklukları, Başka bir yerde tanımlanmamış cinsel işlev bozuklukları şeklinde sınıflandırılmıştır.¹⁸ DSM V'te ise cinsel işlev bozuklukları; erkekte düşük cinsel ilgi/istek bozukluğu, erken boşalma, geç boşalma, sertleşme bozukluğu, kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, kadında orgazm bozukluğu, içe girme bozukluğu, maddenin ya da ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu, tanımlanmış diğer bir cinsel işlev bozukluğu, tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu olarak sınıflanmıştır. DSM V'te alt tipler, bozukluğun başlangıç şekline göre yaşam boyu veya edinsel; niteliğine göre yaygın veya durumsal; şiddetine göre ağır olmayan, orta derecede ve ağır olarak yer almaktadır.¹⁹

2.2.3.3.1 Erkekte düşük cinsel ilgi/istek bozukluğu

Cinsel istekte azalma; cinsel düşünce ve fantezilerin, cinsel birleşme ve orgazma ulaşma sıklığının azlığı ya da yokluğu, cinsel bir etkinliği başlatma, katılma ya da yanıt verebilme motivasyonunun yetersizliği olarak tanımlanır. Nedeni çoğunlukla psikolojiktir. Azalmış cinsel istek bozukluğu, cinsel yaşamın tümüne yayılmış olabilir ya da bazı durumlarla ilgili olabilir. Cinsel isteğin azalmış olması uyarılma ve boşalma zorluklarına neden olabilir. Cinsel ilgi ve istek azalmasının sıklıkla erektil işlev bozukluğuna yol açması nedeniyle erkekler daha çok erektil yetmezlik yakınması ile başvururlar. Ayrıca "erkeklerin her zaman ve her koşulda cinselliğe hazır olduğu" biçimindeki cinsel mitler, CİB başvuru sıklığını etkilemekte ve erkeklerin yardım arayışına girmesine engel olmaktadır. Cinsel ilgi

ve istek azalması birincil bir sorun olarak ortaya çıkmışsa etiolojide öncelikle endokrin (hormonal) bozukluk araştırılmalıdır. Sekonder gelişen cinsel istek azalması daha çok bireyin partneri veya eşi ile genel ilişkisinin doyurucu olmayışı ile açıklanabilir. Ancak depresyon veya diğer fiziksel hastalıklar, erkeklerde kadınlardan daha fazla ikincil ilgi ve istek azalmasına neden olurlar. Değerlendirme yapılırken sadece erkeğin eşine duyduğu ilginin miktarı dışında; uyaranlara gösterdiği ilgi, masturbasyon yapma ve cinsel fantezi kurma sıklığı daha güvenilir bilgiler verebilir. Herhangi bir psikiyatrik veya sistemik hastalığa, ilaç veya madde kullanımına bağlı cinsel istek azalması varlığında cinsel ilgi/istek bozukluğu (CİİB) tanısı konmaz. Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre daha azdır (%1-15). CİİB çoğu kez diğer CİB ve en sık olarak da sertleşme bozukluğu ile birlikte görülür. CİİB ile karışan bir başka durum cinsel tiksinti bozukluğudur. Bu bozuklukta; eşle cinsel birleşmeden kaçınma ve tiksinti; cinsel eylem sırasında kişide yoğun korku, bulantı, çarpıntı, bayılma hissi gibi belirtiler görülür.^{59,66,69}

2.2.3.3.2 Erken Boşalma

Erken boşalma; inatçı ve tekrarlayıcı biçimde, cinsel birleşme öncesinde ya da birleşmeden hemen sonra çok az cinsel uyarılma ile kişinin istemesinden daha önce boşalması, diğer bir deyişle boşalmasını denetleyememesi ya da istediği kadar erteleyememesidir. Erken boşalmada önemli olan boşalma refleksi üzerinde istemli denetimin olmamasıdır. Tanı öncesi; yaş, cinsel birleşme sıklığı, partner özellikleri, ön sevişme süresi ve ortamın uyarıcılığı gibi etkenleri göz önüne alınmalıdır. İlk kez cinsel ilişkiye giren genç erkeklerde sık görülür. Çoğu erkek daha sonraları boşalma süresi üzerinde bir kontrol geliştirir. Her 4-5 erkekten birinde erken boşalma sorunu vardır. Bütün toplumlarda, erkeklerde sık rastlanan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Erken boşalma oranı, yapılan çalışmalarda %20-30 arasında çıkmaktadır. Toplumda en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olmasına karşın, cinsel işlev bozuklukları tedavi merkezlerine başvurular arasında erektil işlev bozukluğundan sonra ikinci sıradadır.^{59,66,69}

2.2.3.3.3 Geç boşalma

Boşalmanın hiç olmaması (mastürbasyon, uyku ve cinsel birleşme sırasında), kısmen oluşması (mastürbasyonda oluşan ancak cinsel birleşme sırasında oluşmayan) ya da oldukça uzun süren bir uyarılma sonunda oluşan boşalma biçiminde tanımlanabilir.

Genellikle aşırı kontrollü ve kendini cinselliğe bırakmakta güçlük çeken ve partnerine hostilite duyguları yaşayan erkeklerde görülen bir bozukluktur. Boşalmanın hiç olmaması çoğu kez organik bir patolojiye bağlıdır. Bazı ilaçların kullanımı (antidepresanlar ve tiyridazin gibi nöroleptikler) boşalmayı geciktirebilmektedir. Retrograd ejakülasyonda, orgazm duyumu alınmakta ancak ejakülat mesane içine atılmaktadır. Geç boşalma; erken boşalma ve sertleşme bozukluklarından çok daha az görülür. Genel toplumda görülme sıklığı %5 ve altındadır.^{66,69}

2.2.3.3.4 Sertleşme bozukluğu

Herhangi bir cinsel etkinlik için yeterli ereksiyonu tekrarlayıcı ya da kalıcı biçimde sağlayamama ya da sürdürememe durumu olarak tanımlanmaktadır. Cinsel ilgi ya da istek azlığının sonucu olarak ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Toplumda yaygın olarak rastlanır. Erektile disfonksiyon en sık başvuru nedeni olan erkek cinsel işlev bozukluğudur. Yaşla, sigara ve alkol kullanımı, diabetes mellitus ve hipertansiyon gibi sistematik hastalıklar ile birlikte rastlanma sıklığı artar. Erektile disfonksiyon; psikojenik, organik ya da mikst nedenlerden kaynaklanabilir. Tedavi amacı ile herhangi bir profesyonel yardım arama yoluna gitmemiş erkeklerin %6'sında araştırma noktasında (kesitsel olarak) sertleşme zorluğu saptanmıştır. Yaşamının herhangi bir diliminde aynı güçlüğü belirli bir süre için yaşamış erkeklerin oranı %20'lere çıkmakta; benzeri bir güçlükle 1-2 kez karşılaşan erkeklerin oranı ise %70-75'lere ulaşmaktadır. 45 yaşın üzerindeki erkeklerde değişik oran ve derecelerde sertleşme sorunu başlayabilmektedir. 60 yaş üzerindeki erkeklerin yaklaşık %50'sinde; sertleşme sorunu hafif, orta ve ağır derecelerde mevcuttur.^{59,66,69}

2.2.3.3.5 Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu

Yaşı ve yaşam koşulları dikkate alınarak kadının; sürekli olarak ya da tekrarlayıcı bir biçimde, cinsel hayaller kurmak cinsel konularda konuşmak, cinselliği hatırlatan hemen her şeye karşı istekte bir azalma ya da hiç istek olmaması durumudur. Bir başka deyişle kadının; cinsel eylemi oluşturacak ortamı hazırlama, oluşturma, cinselliği başlatma ile ilgili hevesi yoktur ya da azalmıştır. Uyarılma bozukluğu tüm cinsel uyarma ve uyarılma çabalarına karşın beklenen fizyolojik değişiklikler oluşmamakta ve kadın uyarılma ile ilgili duyuları alamamaktadır. Yani uyarılma evresinde; normalde genital organlara yönelen

kan akımındaki artış, göğüslerde dikleşme, vajinal büyüme ve lubrikasyon oluşmamaktadır. Dolayısıyla tam olarak rahat ve doyurucu bir cinsel birleşme yaşanmamaktadır. Herhangi bir cinsel sorun nedeniyle hastaneye başvuranlarda yapılan sınırlı sayıdaki araştırmalarda; batı toplumlarında tüm hastaneye başvuran kadınların %30-49'unda cinsel isteksizlik olduğu, ülkemizde ise bu oranın %8-15 arasında değiştiği saptanmıştır. Bu farkın hekime başvurunun azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.^{66,70}

2.2.3.3.6 Kadında orgazm bozukluğu

Yeterli cinsel uyarıya karşın, çoğunlukla ya da her zaman orgazmın yaşanmaması, gecikmesi ya da güçlükle ulaşılabilmesidir. Orgazm bozukluğu tanısı konulurken; genel ruhsal değerlendirme, kişinin ilişkilerinin ve cinselliğinin bütün olarak değerlendirilmesi yapılmalıdır. Kadının yaşı, cinsel deneyimi ve aldığı cinsel uyarıların yoğunluğu açısından bakıldığında; orgazm olma yetisinin beklenenden az olduğu yargısına varılması ile orgazm bozukluğu tanısı konabilir. Kadından kadına değişmekle birlikte orgazm öncesinde yeterli ön sevişme olmadığında ve yeterli klitoral uyarı yapılmadığında kadının orgazm evresine ulaşması güç olmaktadır. Orgazm sorunu; hiç orgazm olamama, orgazma ulaşan cinsel aktivite sayısının azlığına, mastürbasyonla orgazm olabiliyorken cinsel birleşme ile orgazm olamama gibi farklı şekillerde görülebilir. Uyarılma bozukluğunun orgazm aşamasını etkilemesi nedeniyle orgazma ve uyarılma bozukluğu sıklıkla birlikte değerlendirilir. Kadındaki orgazm bozukluğu, yaşamın önceki dönemlerinde yokken sonradan da ortaya çıkabilir. Genel toplum çalışmalarında %5-20 oranında görüldüğü söylenebilir. Ülkemizde bununla ilgili bir çalışma yoktur. Cinsel işlev bozukluğu yakınması ile başvuran kadınlarda yapılan bir çalışmada %40-60 oranında orgazm bozukluğu saptanmıştır.^{59,66}

2.2.3.3.7 Vajinismus (İçe girme bozukluğu)

Vajinismus cinsel birleşme denendiğinde; vajinanın dış üçte birini çevreleyen kaslarda yineleyici ya da sürekli bir biçimde oluşan kasılmalar ve cinsel birleşmenin gerçekleşmemesi ya da ağrılı/sıkıntılı olarak gerçekleşmesidir. Bu kasılma istemsiz, yani kadının bilinçli kontrolü dışında gerçekleşen bir kasılmadır. Bu kasılmalara; bedenin çeşitli bölgelerinde veya tüm bedende kasılmalar, bacakların istemsiz kapanması, korku, bazen titreme, çarpıntı, terleme, bulantı, hatta kusma, fenalık hissi ve ağlama gibi belirtiler eşlik edebilir. Cinsel yaşamın başlangıcından itibaren vardır ama cinsel birleşme denemesi

olduğunda fark edilir. Daha seyrek olarak sağlıklı bir cinsel yaşam sürecinde ve hiç vajinismus problemi olmayanlarda, yaşanmış kötü tecrübeler sonucunda (doğum, düşük, kürtaj, hastada kötü deneyimlere neden olan jinekolojik muayene ve operasyonlar gibi) ikincil olarak vajinismus gelişebilir. Bazı olgularda tedavi başvurusu seneler sonraya ertelenebilir. Ülkemizde ve Uzak Doğu ülkelerinde vajinismusa, batı ülkelerinden çok daha fazla rastlanmaktadır. Ülkemizde cinsel tedavi birimlerine başvuran hastaların yaklaşık %50'sinin vajinismus iken batı ülkelerinde bu oran %10 civarındadır. Türkiye'de cinsel sorunları saptamak amacıyla yapılan toplumsal tarama (CETAD, 2006) çalışmasında ilk cinsel ilişkide zorluk yaşayan kadınların dikkat çekecek oranda olduğuna işaret etmiştir.^{59,66}

2.3 İKİ UÇLU BOZUKLUK VE CİNSEL YAŞAM

Ruhsal bozukluklar; meslek, sosyal güvence, medeni durum, madde kullanımı yanı sıra cinsel yaşam, evlilik, aile planlaması ve çocuk sahibi olma gibi insan hayatının üretkenlik dönemi karakterlerini yakından ilgilendirmektedir.⁷¹

Kronik ruhsal hastalığı olan hastalarda cinsel işlev bozukluğu yüksek oranda görülmektedir.⁷² Çoğu ciddi ruhsal hastalıkta ortaya çıkan cinsel işlev bozukluğu; klinisyenler tarafından eksik sorgulanan ya da göz ardı edilen, hasta tarafından çoğu zaman ifade edilmesinden kaçınılan, tedavi yönünden güçlük yaratmasının yanı sıra psikososyal açıdan da zorlayıcı ve çok yönlü bir sorundur.⁷³

Hastaların cinsel yaşam ve cinsellik ile ilgili sorunlarını anlamak önemlidir. Genel işlevselliğin göstergelerinden biri olan cinselliğin yaşam kalitesinde de rolü vardır.⁷² Cinsel sorunların saptanması, yaşam kalitesinin artırılması ve tedavi uyumu açısından önem taşımaktadır.

Cinsel yaşama ilişkin güçlükler; psikiyatrik hastalıkların doğasından, birincil ve ikincil etkilerinden kaynaklanabildiği gibi bu hastalıkların tedavilerinde kullanılan ilaçların yan etkilerinden de kaynaklanabilmektedir.⁷ Psikiyatrik tedavi görmekte olan bir hastada cinsel bir sorunla karşılaşıldığında bunun ilaçtan mı yoksa psikiyatrik hastalığın kendisinden mi kaynaklandığının anlaşılması çoğu zaman güç olabilmektedir.⁷ Cinsel etkileyebilecek faktörlerin çeşitli olması psikiyatrik hastalarda cinsel işlev bozukluğunun doğru bir oranda ölçülmesini engellenmektedir.

Geçtiğimiz birkaç on yıl içinde cinselliğin psikopatolojisi ile ilgili gelişmelere rağmen, majör psikiyatrik bozukluklarda cinsel davranışları ile ilgili bilgiler yetersiz kalmaktadır.⁷² Cinsellik alanındaki güncel gelişen medikasyonlara rağmen ruhsal hastalıklarda cinsel işlev bozuklarını araştıran az sayıda çalışma mevcuttur.⁷⁴ Ağır ruhsal hastalıklarda cinsel işlev bozukluğunu araştıran çalışmaların çoğu kronik psikotik bozukluklar ve depresyon üzerine odaklanmış; partnerlerin cinsel yaşam kalitesi, üreme sağlığı (korunma yöntemleri, riskli cinsel ilişkiler) ve bazı ilaç gruplarının cinsellik üzerine etkisi ile ilgili çalışmalar yapılmıştır.

Depresyon; libidoda azalma, erektil disfonksiyon ve orgazm olamama dahil olmak üzere birçok cinsel sorunların ile ilişkilidir. Şizofrenide, sosyal sorunların ve negatif belirtilerin cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.⁷⁵

İUB depresif dönemler cinsel isteksizlikle karakterizedir. İUB'de depresif dönemde hastada; cinsel istek ve eylemde azalma, zevk alamama ve isteksizliğe bağlı olarak cinsel açıdan uyarılmama görülür.²⁰ Manik dönemdeki hasta, her çeşit dürtü artışıyla diğer tüm davranışlarında olduğu gibi cinsel tutum ve davranışlarını kontrol altına alma güçlüğü çeker. Mani atakları sırasında erotomani ve impuls kontrol güçlüğü nedeniyle hastaların; cinsel tacize uğrama, rastgele cinsel ilişkiye girme, istenmeyen bir cinsel ilişkiye zorlandıklarında karşı koyamama ve hatta para karşılığı cinsel ilişki kurma oranları yüksektir.⁷⁶

Uzun dönemli izleme çalışmaları İUB hastalarının; belirtiler yatışsa bile mesleki işlev düzeyi ve evlilik ilişkilerinde belirgin bozukluk olduğunu ve bu alanlardaki düzelmelerin çok daha geç dönemde ortaya çıktığını göstermektedir. Aile ve sosyal işlev alanlarındaki psikososyal bozulma maniden çok depresyon atakları ile ilişkili bulunmuştur.⁷⁷

İUB ve cinsel yaşam üzerine oldukça kısıtlı literatür bilgisi mevcuttur. Veri tabanlarında 'bipolar bozukluk' ve 'cinsellik' kelimeleri ile arama yapıldığına az sayıda çalışma ile karşılaşılmıştır. Bu çalışmalarda; genellikle cinsel istismar, cinsel yaşam ve üreme sağlığı, riskli cinsel davranışlar ve eşlerin cinsel yaşam kalitesi ile ilgili konulara yer verildiği görülmektedir.

Raboch'un⁷⁸ psikiyatrik kadın hastaların cinsel gelişimlerini incelediği çalışmasında; şizofrenlerin cinsel gelişiminin geri kaldığı, daha kısıtlayıcı oldukları, cinsel fonksiyon testinde düşük skor ve düşük koital orgastik kapasite gösterdikleri saptanmış ancak aynı çalışma, eş ilişkisinden memnun olan kadınlar seçilerek yapıldığında cinsel aktivite ve

tepkilerinin kontrol grubu ile benzerlik gösterdiği gösterilmiştir. İUB olan hastalarının cinsel yaşamında akut ataklar dışında patoloji bulunmamıştır.

Coryell ve ark.⁷⁹ tarafından 148 İUB hasta ile yapılan 6 yıllık izlem çalışmasında; İUB hastaları normal kontrollerle karşılaştırıldığında, evlenme oranlarının kontrol grubunun yarısı, evli olanlarda ise boşanma veya ayrı yaşama oranları iki kat daha fazla bulunmuştur. Kişilerarası ilişkiler, cinsel işlevler, eğlenme-dinlenme uğraşları ve hayattan tatmin olma açılarından da kontrollere göre daha çok sorun yaşadıkları bildirilmiştir.

İUB ve CİB konusunda ilk yapılan araştırmalardan biri olan Kristensen ve Jorgensen'in⁸⁰ yaptığı araştırmada, İUB olan 24 hasta ve kontrol grubundaki katılımcılar CİB sıklığı açısından karşılaştırılmıştır. Hem İUB olan kadın hastaların hem de kontrollerin yaklaşık %25'inde, erkek hastalar ve kontrollerin üçte birinde CİB saptandığı bildirilmiştir. İstatistiksel olarak İUB olan hastalarda, kontrol grubuna göre şimdiki cinsel yaşamlarında hoşnutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

İUB hastalarının da dahil edildiği ağır ruhsal hastalıklarda cinsel işlevlerin incelendiği iki çalışmada; en sık cinsel istekte azalma olduğu bildirilirken, diğer bir çalışmada en sık orgazm bozukluğu olduğu gösterilmiştir.^{72,74,81} İUB olan erkek hastalarda cinsel işlevlerin incelendiği araştırmada; cinsellikte en sık sorun yaşanan alan erektil disfonksiyon, ikinci olarak da libido azalması olarak bildirilmiştir.⁸²

Psikotrop ilaçlar cinsel işlevlerin hem psikolojik hem de fizyolojik bileşenleri üzerine olumsuz etki gösterebilmektedir.⁷⁵ Çok sayıda olgu bildirim ve az sayıda kontrollü çalışmada; tüm psikotropik ilaç sınıfları (antipsikotikler, benzodiyazepinler, duygudurum dengeleyicileri ve antidepresanlar) ile cinsel yan etkiler arasında ilişki olduğu bildirilmiştir.⁷ Cinsel işlev bozukluğu; antipsikotik tedavi alan şizofreni hastalarında %30-60, antidepresan kullanan depresif bireylerde %78 ve anksiyete bozukluklarında %80 olarak bildirilmiştir.⁸³

İUB hastalarında cinsel fonksiyonlar üzerinde antipsikotiklerin etkilerini değerlendirmek zordur çünkü genellikle hastalar antipsikotikle birlikte en az bir duygudurum düzenleyicisi kullanmaktadırlar.

Antidepresanlar ve antipsikotikler en sık cinsel yan etki oluşturan psikotrop ilaçlardır, ancak anksiyolitikler ve duygudurum düzenleyicileri ile de cinsel yan etki görülmektedir.⁷ İlaçlara bağlı cinsel işlev bozukluğunun mekanizması oldukça çeşitlidir.

Antipsikotikler (özellikle klasik antipsikotikler); tuberoinfundibular yolakta dopamini azaltıp prolaktini arttırarak, alfa reseptör ve kolinerjik reseptör blokajı yaparak, histamin reseptörlerini antagonize ederek cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkilemektedirler.⁸⁴ Olanzapin ve ketiyapinin prolaktin seviyeleri üzerine etkisi azdır. Antipsikotikler ile ilgili cinsel problemler; boşalmada gecikme, libidoda azalma, geriye doğru boşalma, ağrılı boşalma, priapizm, orgazm gecikmesi, amenore ve galaktoredir.⁷

Antidepresanlar; dopaminerjik tonusta azalmaya, serotonerjik tonusta artış ile periferik spinal reflekslerin ve nitrik oksid sentaz enziminin güçlü inhibisyonuna, 5-HT₂ reseptörler üzerinden noradrenerjik ve trisiklik antidepresanlarla vaz deferens motilitesinde inhibisyona ve antikolinerjik yan etkilere bağlı olarak libidoda azalmaya, cinsel uyarılma sorunlarına, orgazm gecikmesine veya orgazm yokluğuna ve prematür ejakülasyona neden olabilirler.⁶¹ Mirtazapin ve nefazadon gibi 5HT₂ reseptörünü bloke eden ilaçlar daha az cinsel yan etkiye yol açabilir.⁷

Farklı çalışmalarda; lityum ile cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki bulunmuş, ancak bunun serum lityum düzeyinden bağımsız olduğu bildirilmiştir. Lityuma bağlı cinsel işlev bozukluğu, çoğunlukla cinsel istekte azalma ve sertleşme bozukluğu ile sınırlıdır. Lityuma bağlı cinsel işlev bozukluğunda serotonerjik transmisyonadaki artış rol oynayabilir. Antikonvülzanlara bağlı cinsel işlev bozukluğu ile ilgili literatür oldukça sınırlıdır ve çoğu epilepsi literatürüne aittir.⁷ Yapılan çalışmalarda karbamazepinin, (SHBG) seks hormonu bağlayıcı globulinin kan düzeylerini arttırarak veya serbest testosteronu östradiole çeviren aromotaz enzim aktivitesinde artışa bağlı serbest testosteron düzeyinde azalmaya neden olarak cinsel işlev bozukluğu geliştirebileceği düşünülmektedir. Bunlara bağlı olarak da karbamazepin, libido azalması ve erektil disfonksiyona neden olabilir. Yapılan az sayıda çalışma diğer antiepileptiklere göre lamotrijinin ve valproatın daha düşük oranda cinsel işlev bozukluğuna yol açtığını göstermektedir.^{85,86}

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Verilerin Toplanması

Çalışma için; öncelikle Kocaeli Üniversitesi Tıbbi Etik Kurul onayı alınmış, Dünya Tıp Birliği (WMA) HELSİNKİ Bildirgesi ve/veya Dünya Psikiyatri Birliği HAWAII Bildirgesi, İyi Klinik ve Laboratuvar Uygulamaları Kurallarına uyulmuştur. Haziran 2014 ile Haziran 2015 tarihleri arasında, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran İki Uçlu Bozukluk tanılı hastalar ön değerlendirmeye alınmıştır. Hastalardan çalışmaya alınma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 60 hasta (35 kadın, 25 erkek) çalışmaya dahil edilmiştir. Aktif cinsel hayatı olan hastalarının sayısının beklenenden az olması, eşlik eden bedensel ve psikiyatrik hastalıkların bulunması nedeniyle istenen örneklem sayısına ulaşamamıştır.

3.2 Olguların Seçimi

Psikiyatrik görüşme öncesinde çalışmayla ilgili yazılı ve sözlü bilgilendirme yapılarak hastaların yazılı onamları alınmıştır. Her hastayla yalnızca bir görüşme yapılmış, Tanıtıcı Bilgi Formu, Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) ve Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) hastayla yapılan görüşme sırasında araştırmacı tarafından uygulanmıştır. YMDÖ ve HAM-D ölçek puanları ≥ 7 olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Psikiyatrik değerlendirmeleri yapılan hastaların kimlik bilgilerine gizlilik açısından yer verilmemiştir.

3.2.1 Çalışmaya Alınma Kriterleri

- ✓ 18-65 yaş arasında olma,
- ✓ DSM-V' e göre İki Uçlu Bozukluk, tam remisyon kriterlerini karşılıyor olma,
- ✓ En az 3 aydır aynı tedaviyi almış olma,
- ✓ Evli veya düzenli cinsel partneri olma,
- ✓ Ölçekleri doldurabilecek bilişsel kapasiteye sahip olma,
- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olma.

3.2.2 Dışlama Kriterleri

- ✓ Kardiyovasküler, renal, ürolojik, hepatik, pulmoner, genetik, nörolojik ve cinsel yaşamı olumsuz etkileyecek diğer organik hastalıklar ile etkileri devam eden tıbbi operasyonlar gibi durumların varlığı,
- ✓ Hamilelik veya emzirme döneminde olma,
- ✓ Ek psikiyatrik hastalık tanısı alıyor olma,
- ✓ Alkol ya da psikoaktif madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığının varlığı,
- ✓ Zeka geriliği olması.

3.3 Veri Toplama Araçları

3.3.1 Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmaya alınan bireylerin; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslek, evlilik süresi gibi sosyodemografik verileri; hastalık süresi, atak sayısı, hastaneye yatış sayısı, son kullandığı tedavi ve bu tedavinin süresi gibi klinik veriler; cinsel partnere ait sosyodemografik ve tıbbi veriler, alkol ve madde kullanımı, cinsel yakınmalar araştırmacı tarafından hazırlanmış 38 sorudan oluşan anket formu ile sorgulanmıştır.

3.3.2 Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D)

Klinisyen tarafından uygulanan 17 maddeden oluşan ölçek, hastada depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçmektedir. Hamilton ve Williams^{87,88} tarafından geliştirilen ölçek Akdemir ve ark.⁸⁹ tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirliği, iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değerleri 0,75, Sperm Brown güvenilirlik katsayısı 0,76'dır. Değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayısı 0,87 ile 0,98 değerleri arasındadır. Yapılandırılmış sorulardan oluşmaktadır ve her bir soruda 0-4 arası puanlama yapılır.⁹⁰ 0-7 puan depresyon yok, 8-13 puan hafif depresyon, 14-18 puan orta depresyon, 19-22 ağır şiddetli depresyon ve 23 ve üzeri puan çok şiddetli depresyon olarak değerlendirilir.⁹¹

3.3.3 Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Young ve ark.⁹² tarafından, manik belirtilerin şiddetini ve değişimini değerlendirmek amacıyla 1978'de hazırlanmış, görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği 2001'de Karadağ ve ark.⁹³ tarafından yapılmıştır. Ölçekteki maddeler, İUB'nin manik dönemindeki tanımlanmış çekirdek belirtileri kapsamaktadır. On bir maddeden oluşan bu ölçekte yedi madde beşli likert tipinde, dört madde dokuzlu likert tipindedir.⁹⁴ Beşinci, altıncı, sekizinci ve dokuzuncu maddelere, iletişime girilmesi güç olan hastaların daha iyi ayırt edilmesi için iki katı ağırlık verilmiştir. Şiddetin derecelendirmesi son 48 saat içinde hastanın öznel kanaati ile bildirdiklerine ve klinisyenin görüşme sırasında hastanın davranışları ile gözlemlerine dayanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında; iç tutarlık katsayısı %79, çalışmacıların ölçek maddeleri arasındaki fikir birliği % 63,3-%95,5, kappa değerleri 0,114-0,849 arasında bulunmuştur.⁹³

3.3.4 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, bireylerin cinsel alanda yaşadıkları sorunları kısa, kolay biçimde tarama ve saptama amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçek, 5 sorudan oluşan likert tipi öz değerlendirme ölçeği olup, ölçeğin kadın ve erkek formları mevcuttur.⁹⁵ Her sorunun 1'den 6'ya kadar değişen puanlamasıyla, toplam puan 5'ten 30'a kadar değişir. Düşük puanlar cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olduğunu gösterirken; yüksek skorlar cinsel işlev bozukluğunun varlığını gösterir. Mc Gauhey CA⁹⁶ tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği 2004'te Soykan⁹⁷ tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa iç tutarlılık hesaplamasında 0,89 ve 0,90 olarak bulunmuş ve test-yeniden test güvenilirliği 0,88 olarak elde edilmiştir. Örtüştürücü geçerlilikte korelasyon katsayısı 0,53 olarak bulunmuş ve ROC analizinde cinsel işlev bozukluğunu değerlendirmede 11 kesme puanının iyi düzeyde ayırt edici özelliğe sahip olduğu ve ölçüt geçerliliğini sağladığı bulunmuştur.⁹⁷

3.3.5 Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ)

Locke ve Wallace'nin⁹⁸ geliştirdikleri EUÖ, Tutarel-Kışlak⁹⁹ (1999) tarafından Türkiye'de geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Evliliğin niteliğini değerlendiren 15

maddelik bir ölçek olan EUÖ'de; bir genel uyum sorusu, olası anlaşma alanlarını ölçen sekiz soru ile çatışma çözme, bağlılık ve iletişimi ölçen altı soru bulunmaktadır. Ölçeğin en düşük uyum puanı 2, en yüksek uyum puanı 158 olarak belirlenmiştir. Tutarel-Kışlak'ın çalışmasında; EUÖ'nin iç tutarlık katsayısı 0,90, iki yarım test güvenilirliği 0,84, test- tekrar test güvenilirliği için korelasyon katsayısı 0,57, geçerlik katsayısı ise kadınlar için 0,76 erkekler için 0,54 olarak bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda; ölçekten alınan puanlara bakılarak, uyumlu ve uyumsuz evli kişilerin ayırt edilmesini sağlayan puan değeri 43 olarak hesaplanmıştır. Bu durumda, evli kişiler 43 ve üzeri puan almışlarsa evliliklerinde uyumlu; 43 altında puan almışlarsa evliliklerinde uyumsuz olarak belirlenmişlerdir.⁹⁹

3.3.6 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Ritsher ve ark.¹⁰⁰ tarafından geliştirilmiş olan ölçek, Ersoy ve Varan¹⁰¹ tarafından Türkçeye çevrilip, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 29 maddeden oluşan ve içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin: “yabancılaşma”, “kalıp yargıların onaylanması”, “algılanan ayrımcılık”, “sosyal geri çekilme”, “damgalanmaya karşı direnç” olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler, “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dörtlü bir likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğinin maddeleri (7, 14, 24, 26, 27) ters olarak hesaplanmaktadır. Beş alt ölçeğin toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 4 ile 91 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe formunun, alt ölçeklerine ait cronbach alfa katsayıları 0,63 ile 0,87 arasında değişirken, tüm ölçek için cronbach alfa sayısı 0,93 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin kesme puanı olmayıp, ölçekten alınan puan arttıkça içselleştirilmiş damgalanma artmaktadır.¹⁰¹

3.3.7 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF- 36)

Özgün adı ‘Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36) Healty Survey Questionnaire’ olan ölçek ülkemizde de Koçyiğit ve ark.¹⁰² tarafından Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. SF-36 günümüzde yaşam kalitesi ölçümünde en

yaygın kullanılan ölçek olup, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilir ve özürölülükteki küçük değişimleri saptamada çok duyarlıdır. Mevcut verilerinin büyüklüğü, ölçeğin kabul edilebilir psikometrik özellikleri ve detaylı normatif verileri nedeniyle günümüzde en yaygın kullanılan ölçek haline getirmiştir. SF-36; fiziksel işlevsellik, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı), sosyal işlevsellik, ruhsal (mental) sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın sekiz alt boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Hastaya bu alanlarda kısıtlanma derecesi sorulur. Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlar ile sağlıklı deneklerde ve psikiyatrik hastalığı olan gruplarda uygulanabilir. SF-36'nın puanlanması ayrıntılı bir yönerge gerektirir. Alt ölçeklerin puanının hesaplanması bir dizi işlemle olanaklıdır. Alt ölçek puanının hesaplanması=Elde edilen ham puan-En düşük ham puan/Olası ham puan x100 şeklindedir. Bu alt ölçeklerin skorları 0-100 ölçeğinde puanlanarak sonuçlanır ki burada 0 mümkün olan en kötü sağlık durumunu 100 ise mümkün olan en iyi sağlık durumunu temsil etmektedir. SF-36 ölçeğinin toplam puanının hesaplanması söz konusu olmayıp yalnızca 8 alt ölçeğın puanı hesaplanmaktadır.¹⁰²

3.4. İstatiksel Analiz

Çalışmamızda istatistiksel değerlendirmeler, "SPSS for Windows 20" ingilizce paket programı ile yapılmıştır. Sosyodemografik ve klinik veriler tanımlayıcı istatistikler şeklinde sunulmuştur. Gruplar arasında sayısal verilerin karşılaştırılmasında; grubun dağılımı göz önünde bulundurularak bağımsız örneklem t testi ya da Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Gruplar arasında kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmış; hücrelerdeki dağılım göz önünde bulundurularak, pearson ki-kare, continuity correction ya da Fischer's exact test analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri p <0,05 olarak belirlenmiştir.

4 BULGULAR

4.1 Sosyodemografik ve Klinik Veriler

Araştırmaya katılan tüm hastalar heteroseksüel olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların çoğunluğu kadın (%58,3) ve genç-orta yaş hastalardan oluşmaktaydı. Hastaların yaş aralığı 24-65 olup, kadın hastaların yaş ortalaması $41,08 \pm 8,45$ (24-57), erkek hastaların yaş ortalaması $45,96 \pm 11,52$ (25-65) idi. Erkek hastaların yaş ortalaması ile kadın hastaların yaş ortalaması arasında anlamlı fark tespit edilmedi ($p=0.084$). Hastaların hepsi evliydi. Çalışmaya alınan hastaların eğitim düzeyi ortalaması yıl olarak yaklaşık 9 bulunurken; %28,3'ünün ilkokul, %21,7'sinin ilköğretim (ortaokul mezunları dahil), %28,4'ünün lise mezunu ve %21,7'sinin ise yükseköğretim mezunu olduğu görüldü. Hastaların çalışma durumlarına bakıldığında önemli bir kısmının çalışmadığı tespit edildi (%60). Çalışmayan hastaların; yaklaşık %45'inin ev kadını, %11,6'sının emekli ve %3,3'ünün işsiz olduğu görüldü. Hastaların çoğunluğu (%55) kent merkezinde veya şehire yakın kırsal alanda yaşıyordu.

Evlenme yaşı açısından hastalar incelendiğinde, evlenme yaşlarının 16 ile 38 yaş arasında değiştiği görüldü. Hastaların evlilik süreleri her iki cinsiyette benzer olarak tespit edildi ($p=0,920$).

Sigara kullanımını açısından değerlendirme yapıldığında, hastaların çoğunluğunun sigara kullanmadığı görüldü (%68,3). BMI ortalamasına bakıldığında, hastaların çoğunluğunun (%86) fazla kilolu veya obez olduğu görüldü (28 hasta $30 < \text{BMI}$, 24 hasta $\text{BMI}=25-30$).

Hastalık sürelerine bakıldığında ortalama hastalık süresi, her iki cinsiyette benzer olarak tespit edildi ($t=0.153$, $p=0.879$). Hastaların geçirilmiş toplam atak sayıları, 1 ile 15 arasında; hastanede yatış sayıları ise 0 ile 8 arasında değişmekteydi. HAM-D puan ortalaması ise 3'ün altında saptandı (tablo-1).

Tablo-1 Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik ve klinik verileri

Cinsiyet (n)	
Erkek	25 (%41,7)
Kadın	35 (%58,3)
Yaş	
	43,11±10,05
Eğitim yılı	
	9,2±3,28
Çalışma durumu (n)	
Çalışmıyor	36 (%60)
Çalışıyor	24 (%40)
İkamet (n)	
Kırsal	27 (%45)
Kent merkezi	33 (%55)
Evlenme yaşı	
	24,05±4,97
Evlilik süresi	
	19,06±11,27
Evde yaşayan kişi sayısı	
	3,48±1,22
Sigara kullanımı (n)	
Yok	41 (%68,3)
Var	19 (%31,7)
BMI	
	29,86±4,42
Hastalık süresi	
Tüm grup	14,11±8,63
Erkek	14,32±9,07
Kadın	13,97±8,44
Atak sayısı	
	4,96±2,91
Yatış sayısı	
	2,00±1,70
HAM-D	
	2,21±2,59
YMDÖ	
	0,38±1,29

4.2 Hastalarda Kullanılan İlaçlar

Hastaların; %50'sinin monoterapi aldığı, %45'inin ikili tedavi (DD+AP veya DD+AD) aldığı, %5'inin üçlü (DD+AD+AP) tedavi aldığı; %40'nın DD+AP, %33,3'ünün DD, %16,3'ünün antipsikotik (atipik) ve %5'inin DD+AD ve %5'inin DD+AD+AP kullandığı tespit edildi. Monoterapi alan 30 hastadan; 11 hastanın lityum (ortalama doz=1145 mg/gün), 9 hastanın valproat (ortalama doz=1555 mg/gün), 6 hastanın ketiyapin (ortalama

doz=483 mg/gün), 2 hastanın paliperidon (75-100 mg/ay), 1 hastanın aripiprazol 20 mg/gün ve 1 hastanın olanzapin 5 mg/gün kullanmakta olduğu görüldü. İkili tedavi alan hastalardan; 13 hasta lityum ve atipik antipsikotik (ketiyapin, risperidon, olanzapin, aripiprazol, paliperidon veya amilsülpirid) kombinasyonu, 9 hasta valproat ve atipik antipsikotik (ketiyapin, risperidon veya olanzapin) kombinasyonu, 1 hasta lamotrijin ve ketiyapin kombinasyonu, 1 hasta karbamazepin ve ketiyapin kombinasyonu, 3 hasta lityum ve AD (bupropiyon, venlafaksin, sertralin) kombinasyonu kullanırken; üçlü tedavi alan hastalardan; 1 hasta lityum, risperidon ve bupropiyon kombinasyonu, 1 hasta lityum, olanzapin ve duloksetin kombinasyonu, 1 hasta lamotrijin, ketiyapin ve duloksetin kombinasyonu kullanılmaktaydı (tablo-2).

Tablo-2 Hastalarda kullanılan ilaçlar

	Hasta sayısı (n)	Ortalama doz (mg/gün)	Doz aralığı (mg/gün)
Lityum	29	1117,24±309,45	600-1800
Valproat	18	1416,66±309,17	1000-2000
Lamotrijin	2	150±70,71	100-200
Karbamazepin	1	400	-
Ketiapin	19	428,94±190,98	200-800
Aripiprazol	5	12,00±5,70	5-20
Risperidon	5	2,40±1,51	1-4
Paliperidon*	3	2,77±0,47	2,5-3,33
Olanzapin	5	10,00±7,07	5-20
Amilsülpirid	1	200	-

*parentral tedavi

4.3 Çalışma Grubunda Evlilik Uyumu, Cinsel Yaşantılar, Yaşam Kalitesi ve Damgalanma

Evlilik uyum ölçeği incelendiğinde, ortalama puan 42,75±7,51 olarak tespit edildi. Erkek hastalarda ortalama puan 43,88±7,88, kadın hastalarda ortalama puan 41,94±7,23 olarak saptanmış ancak hastaların evlilik uyum ölçeği puanı her iki cinsiyette benzer olarak tespit edilmiştir. (p=0,329) (tablo-3).

Tablo-3 Çalışmaya katılan hastalarda evlilik uyumu

Evlilik uyum ölçeği puanı	Ortalama± SS	p
Tüm grup	42,75±7,51	0,329
Kadın	43,88±7,88	
Erkek	41,94±7,23	

Arizona cinsel yaşantılar ölçeği puanları değerlendirildiğinde; istek ($p=0,034$) ve orgazm ($p=0,018$) ölçek puanlarının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiş; ancak psikolojik uyarılma ($p=0,926$), fizyolojik uyarılma ($p=0,085$), doyum ($p=0,919$) puanları ve toplam ($p=0,561$) puan her iki cinsiyette benzer olarak tespit edilmiştir (tablo-4).

Tablo-4 Çalışmaya katılan hastalarda cinsel yaşantılar

	Cinsiyet	Ortalama±SS	p
İstek	erkek	2,72±1,24	0,034*
	kadın	3,34±1,18	
Psikolojik uyarılma	erkek	3,12±1,12	0,926
	kadın	3,05±1,21	
Fizyolojik uyarılma	erkek	3,32±1,24	0,085
	kadın	2,80±1,18	
Orgazm	erkek	2,56±1,04	0,018*
	kadın	3,08±1,06	
Doyum	erkek	2,60±1,11	0,919
	kadın	2,68±1,18	
Toplam	erkek	14,32±4,35	0,561
	kadın	14,97±4,79	

* $P<0,05$

Çalışmaya alınan hastaların yaşam kalitesi ölçeği puanları değerlendirilmiş ve toplum normları¹⁰³ ile karşılaştırılmıştır. Tüm alt ölçek puanları toplum normlarından anlamlı oranda düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Özellikle; emosyonel rol güçlüğü, fiziksel rol

güçlüğü ve sosyal fonksiyon alt ölçek ortalama puanlarında toplum normlarından belirgin fark gözlenmiştir (Tablo-5).

Tablo-5 Çalışmaya katılan hastalarda yaşam kalitesi

	Çalışma verisi (n=60)	Norm değerleri	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Fiziksel fonksiyon	76,66±19,23	86,6±25,2	<0,001
Fiziksel rol güçlüğü	56,66±39,02	89,5±29,6	<0,001
Ağrı	71,03±24,63	86,1±20,6	<0,001
Genel sağlık	58,71±16,53	73,9±17,5	<0,001
Enerji	54,00±17,36	67,0±13,8	<0,001
Sosyal fonksiyon	65,91±19,98	94,8±14,2	<0,001
Emosyonel rol güçlüğü	54,44±37,32	94,7±20,9	<0,001
Mental sağlık	62,46±13,76	73,5±11,6	<0,001

Çalışmaya alınan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma değerlendirilmiş; erkek hastalarda, algılanan ayrımcılık (p=0,010), sosyal geri çekilme (p=0,030) puanları ve toplam puan (p=0,034) kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo-6).

Tablo-6 Çalışmaya katılan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma

	cinsiyet	Ortalama±SS	p
Yabancılaşma	erkek	11,92±3,83	0,169
	kadın	10,57±3,59	
Kalıp yargıların onaylanması	erkek	13,52±4,31	0,083
	kadın	11,62±3,82	
Algılanan ayrımcılık	erkek	10,40±3,39	0,010*
	kadın	8,20±2,51	
Sosyal geri çekilme	erkek	12,48±4,05	0,030*
	kadın	10,40±3,16	
Damgalanmaya karşı direnç	erkek	12,80±3,01	0,473
	kadın	13,40±3,28	
Toplam	erkek	61,12±13,03	0,034*
	kadın	54,05±12,02	

* $P < 0.05$

4.4 Cinsel İşlev Bozukluğu Tanısı Alıyor Olma ile Sosyodemografik ve Klinik Verilerin İlişkisi

McGahuey ve ark.⁹⁶ tarafından ACYÖ güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında ele alındığı gibi, ACYÖ toplam puanının ≥ 19 olması veya herhangi bir sorudan ≥ 5 puan alınması veya herhangi üç sorudan ≥ 4 puan alınması CİB olarak tanımlanmış; hastalar CİB olan ve CİB olmayan olarak iki gruba ayrılmıştır. Bu kriterlere göre 19 (%31,6) hastada CİB tespit edilmiştir.

CİB olmayan hastaların %58,5'i (n=24) kadın, %41,5'i (n=17) erkek cinsiyete, CİB olan hastaların ise %57,9'u (n=11) kadın, %42,1'i (n=8) erkek cinsiyete sahip olup her iki cinsiyette CİB sıklığı benzer tespit edilmiştir. Yaş ortalaması, eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşadıkları yer, evlenme yaşı, evlilik süresi, evde yaşayan kişi sayısı ve sigara kullanımı açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. CİB olan hastaların BMI ortalaması, CİB olmayan hastalara göre anlamlı oranda yüksek tespit edilmiştir (p=0,019)

CİB olan ve olmayan hastalar arasında; ortalama hastalık süresi, geçirilmiş toplam atak sayısı, HAM-D puan ortalaması ve YMDÖ puan ortalaması benzer olarak tespit edilmiştir. CİB olmayan hastaların toplam hastane yatışı sayısı CİB olan hastalara göre anlamlı düzeyde fazladır ($p=0,030$) (tablo-7).

Tablo-7 Cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri

	CİB YOK (n=41)	CİB VAR (n=19)	p
Cinsiyet (n)			
Kadın	24(% 58,5)	11(% 57,9)	0,963
Erkek	17(% 41,5)	8 (% 42,1)	
Yaş	41,70±9,58	46,15±10,62	0,111
Eğitim yılı	9,34±3,07	8,89±3,76	0,567
Çalışma durumu(n)			
Çalışıyor	18(% 43,9)	6(% 31,6)	0,533
Çalışmıyor	23(% 56,1)	13(% 68,4)	
İkamet (n)			
Kırsal	15(% 36,6)	12(% 63,2)	0,10
Kent merkezi	26(% 63,4)	7(% 36,8)	
Evlenme yaşı	23,56±4,44	25,10±5,95	0,508
Evlilik süresi	18,14±10,75	21,05±12,20	0,355
Evde yaşayan kişi sayısı	3,41±1,18	3,63±1,34	0,623
Sigara kullanımı (n)			
Yok	30(% 73,2)	11(% 57,9)	0,376
Var	11(% 26,8)	8(% 42,1)	
BMI	28,95±4,21	31,81±4,34	0,019*
Hastalık süresi	14,46±8,98	13,36±8,01	0,679
Atak sayısı	5,09±3,24	4,68±2,08	0,962
Yatış sayısı	2,31±1,86	1,31±1,05	0,030*
HAM-D	2,12±2,53	2,42±2,77	0,722
YMDÖ	0,41±1,35	0,31±1,15	0,820

* $p<0.05$

4.5 Cinsel İşlev Bozukluğu Tanısı Ahyor Olma ile Evlilik Uyumu, Yaşam Kalitesi ve Damgalanma Arasındaki İlişki

Evlilik uyumu incelendiğinde, CİB olan grupta evlilik uyum oranlarının CİB olmayan gruba göre anlamlı olarak düşük olduğu ($p=0,028$); yaşam kalitesi değerlendirildiğinde, sosyal fonksiyon ve mental sağlık hariç alt ölçek puanlarının CİB olan grupta, genel olarak daha düşük olduğu, genel sağlık ve fiziksel bileşen özet skoru (PCS) alt ölçek puanlarının CİB olan grupta CİB olmayan gruba göre anlamlı olarak düşük olduğu (sırasıyla $p=0,47$ ve $p=0,45$); içselleştirilmiş damgalanma değerlendirildiğinde, hem toplam hem de alt ölçek puanlarının her iki grupta benzer olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$) (tablo-8).

Tablo-8 Cinsel İşlev Bozukluğu tanısı ahyor olma ile evlilik uyumu, yaşam kalitesi ve damgalanma arasındaki ilişki

	CİB YOK (n=41)	CİB VAR (n=19)	p
Evlilik uyum ölçeği			
Evlilik uyum yok (n)	14 (%34,1)	13 (%68,4)	0,028*
Evlilik uyum var (n)	27 (%65,9)	6(%31,6)	
Yaşam kalitesi ölçeği puanları			
Fiziksel fonksiyon	80,85±14,00	67,63±25,51	0,069
Fiziksel rol güçlüğü	59,14± 36,12	51,31± 45,24	0,676
Ağrı	72,56± 24,08	67,73± 26,15	0,475
Genel sağlık	61,58±15,24	52,52± 17,89	0,047*
Enerji	55,36±17,47	51,05± 17,20	0,375
Sosyal fonksiyon	61,19±17,51	63,15± 24,81	0,679
Emosyonel rol güçlüğü	57,72±35,77	47,36± 40,55	0,345
Mental sağlık	62,43±14,52	62,52± 12,30	0,982
PCS	48,16±6,82	43,69±9,80	0,045*
MCS	42,20±8,79	41,90±8,48	0,901
RHİDÖ puanları			
Yabancılaşma	10,90±3,28	11,63±4,59	0,485
Kalp yargıların onaylanması	12,17±3,65	12,94±5,01	0,872
Algılanan ayrımcılık	8,97±2,79	9,42±3,70	0,749
Sosyal geri çekilme	11,17± 3,30	11,47± 4,47	0,769
Damgalanmaya karşı direnç	12,92± 3,21	13,63± 3,07	0,427
Toplam	56,02± 11,44	59,10± 15,56	0,392

* $p<0.05$

4.6 İlaç Gruplarına Göre Cinsel İşlev Bozukluğu Tanısı Alma

Hastalar kullandıkları ilaçlara göre gruplandırıldıklarında; tek başına DD kullananlar (n=20), tek başına AP kullananlar (n=10), DD+AP kullananlar (n=24), DD+AD kullananlar (n=3) ve DD+AP+AD kullananlar (n=3) olmak üzere 5 farklı ilaç grubu olduğu görülmüştür. En sık kullanılan ilaç grupları göz önünde bulundurularak, sık kullanılan 3 ilaç grubunu kullanan hastalar arasında cinsel işlev bozukluğu açısından fark olup olmadığı analiz edilmiştir. Bu analize DD+AD (n=3) ve DD+AP+AD (n=3) grupları sayı azlığı nedeniyle dahil edilmemiştir.

Kullanılan tedaviler ile CİB sıklığı arasındaki ilişkiye bakıldığında; DD grubunda %25 hastada (n=5), DD+AP grubunda %50 hastada (n=12) CİB tespit edilmiş ancak AP (n=10) grubunda CİB tespit edilmemiştir. İlaç grupları arasında CİB sıklığı açısından ikili karşılaştırma yapıldığında; DD grubu ile AP grubu arasında ve DD grubuyla DD+AP grubu arasında CİB sıklığı açısından fark olmadığı, bununla birlikte DD+AP grubunda CİB görülme sıklığının AP grubundan daha fazla olduğu tespit edilmiştir (tablo-9).

Tablo-9 Farklı ilaç gruplarındaki hastaların cinsel işlevsellik açısından karşılaştırılması

		CİB yok (n)	CİB var (n)	p
DD	n=20	15	5	DD/AP p=0,140
AP	n=10	10	0	DD/DD+AP p=0,166
DD+AP	n=24	12	12	AP/DD+AP p=0,006*

* $p < 0.05$

5 TARTIŞMA

Bu araştırmada; remisyonda ve son iki aydır ilaç tedavilerinde değişiklik yapılmamış İUB hastalarında, CİB sıklığı ve bununla ilişkili sosyodemografik ve klinik değişkenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

5.1 Demografik ve Klinik Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmaya alınan hastaların hepsi evli olup, çoğunluğu kadın ve genç-orta yaşlı hastalardan oluşmaktaydı. Çalışmamızda hastaların yarısının 8 yıl ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu; yarıdan fazla hastanın çalışma hayatının olmadığı; çoğunluğunun kent merkezinde veya şehire yakın kırsal alanda yaşadığı ve BMI ortalamasının yüksek olduğu görüldü. Çalışmamıza alınan hastaların remisyon döneminde olması nedeniyle HAM-D ve YMDÖ puanları 7 ve altındaydı.

İUB bozukluk tanılı olgularda; Evli olma oranının sağlıklı kontrollerden düşük, çocuk sayılarının daha az olduğu belirtilmektedir.¹⁰⁴ Bazı çalışmalarda; cinsiyetler arasında kadınlardaki daha yüksek evlilik oranlarına karşılık, erkeklerde daha yüksek çalışabilirlik oranları gösterilmiştir.¹⁰⁵ Ayrıca İUB hastalarında; kişiler arası ilişkiler, cinsel işlevler, eğlenme dinlenme uğraşları ve hayattan genel tatmin açılarından da kontrollere göre daha kötü durumda oldukları bildirilmektedir.¹⁰⁶

Gitlin ve ark.¹⁰⁷ altı yıl boyunca izledikleri 148 İUB hastasını normal kontrollerle karşılaştırdıklarında; anlamlı olarak farklı bir şekilde eğitimlerini ve mesleki durumlarını iletemediklerini ve izlemin son senesinde anlamlı oranda daha fazla işsiz olduklarını görmüşlerdir. Yaş olarak normal kontrollerle eşleştirilmiş olmalarına rağmen evlenme oranları yarı yarıya düşük, evli olanlarda boşanma veya ayrılma oranları iki kat yüksek bulunmuştur.

İtalya'da 563 hasta ile yapılan çok merkezli 24 aylık takip çalışmasında; İUB'li hastalardaki evli olma oranı %46,3, düzenli partner oranı %12,6 olduğu; %15,5 hastanın iş etkinliğinde bozulma olmadığı; hafif düzeyde işlevsellik kaybı %15, orta düzeyde işlevsellik kaybı %35,8, ağır düzeyde işlevsellik kaybı %12,7, çalışmayan hasta %17,8 olarak tespit edilmiş.¹⁰⁸

Türkiye'de yapılan bir çalışmada; İUB'nin her iki cinste hemen hemen eşit düzeyde görüldüğü, genç erişkin yaşta sıklığı, işlevselliği önemli ölçüde bozduğu, hastaların önemli bir kısmının (%68,4) işsiz veya çalışmadığı, %44'ünün bekâr, %3,9'unun dul,

%5,8'nin boşanmış ve genel literatürün aksine evli olma oranının %46,3 gibi yüksek olduğu saptanmış.

Ülkemizde yapılan kesitsel bir çalışmada; hastaların % 88'inin orta sosyoekonomik düzeye sahip olduğu, %56'sının tam zamanlı (memur-işçi-öğrenci) bir işle uğraştığı; %50'sinin bekar, %42'sinin evli, %8'inin dul ve boşanmış olduğu; büyük çoğunluğunun (%84) lise ve yüksek öğretim düzeyine sahip ve ortalama eğitim süresi 11±3,3 yıl olduğu tespit edilmiş.¹⁰⁹

Bizim çalışmamızda ise çalışmayan hastaların oranı literatürle uyumlu olarak yüksekti ancak yaklaşık %45'inin ev kadını, %11,6'sının emekli, %3,3' ünün işsiz olduğu görüldü. Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre; 15 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin 2008 yılında %31.3'ü her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamullerini kullanmakta iken 2012 yılında bu oran yaklaşık olarak %27'ye; erkeklerde %47,9'dan %41,4'e, kadınlarda ise %15,2'den %13,1'e düşmüştür.¹¹⁰ Çalışmamızda sigara kullanımı oranının erkek hastalarda %32, kadın hastalarda ise %32,4 olduğu; 2012 toplum verileriyle kıyaslandığında erkek hastalarda sigara kullanımının daha düşük, kadın hastalarda ise daha yüksek olduğu görülmektedir.

5.2 Evlilik Uyumu ve Cinsel Yaşantıların Değerlendirilmesi

Evlilik uyumu, evlilik doyumu, mutluluğu, evlilik bütünlüğü kavramları evlilik ilişkisinin kalitesini tanımlamak için kullanılan kavramlardır. Yüksek evlilik kalitesinin; iyi uyum, yeterli iletişim, evlilik ilişkisinde yüksek doyum ve mutluluk derecesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Evliliğin niteliğini yordamada uyumun daha önemli olduğu düşünülmektedir. Uyumlu bir evlilik tanımı; karşılıklı etkileşen, evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda ortak fikirde buluşabilen ve problemleri olumlu bir şekilde çözebilen evlilikleri kapsamaktadır.¹¹¹ Evlilik; fiziksel çekim, sosyal entegrasyon ve biyolojik birleşme dışında anlaşmayı ve bütünleşmeyi, karşılıklı memnuniyeti sağlayan sorumluluk almayı içerir. Eşler arasındaki uyum, beraberliğin bütün alanlarını etkileyebilen önemli etkenlerdendir.¹¹² Evlilik uyumunun eşlerin hem bedensel hem de ruh sağlığı üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır.¹¹³

Eşlerin uyumlu olabilmesi için; eşler arasında etkili bir iletişimin kurulması, eşlerin ortak değer ve amaçlara sahip olmaları, kararları ortak verebilmeleri, ayrıca akrabalarıyla

olan ilişkilerinde, boş zaman etkinliklerinde ve gelir idaresi konularında anlaşma içinde olmaları gerekmektedir.^{114,115}

İUB gibi ataklarla seyreden kronik bir hastalığı olan bireyler; fiziksel, sosyal ve yaşamsal alışkanlıklar açısından çoğunlukla zorluklar yaşamakta ve bu hastanın ailesini de etkilemektedir.¹¹⁶ İUB yaygınlığı; bekar, dul ve boşanmış kişilerde evlilere göre daha yüksek olmakla birlikte hastaların boşanma oranı da topluma göre 3 kat fazladır. Bu durum, hastalığın evlilik ilişkisindeki negatif etkisine bağlanmaktadır.¹¹⁷

Rueslow ve ark.'nın¹¹⁸ primer duygudurum bozukluklarında evlilik uyumunu inceledikleri araştırmasında; İUB ve tek uçlu duygudurum bozukluğu olan 46 erkek ve 41 kadın hastaya ve eşine Evlilik Uyum Ölçeği uygulanmış. Erkek ve kadınlar arasında ölçek puanları arasında fark bulunmazken unipolar duygudurum bozukluğu olan erkeklerin diğer duygudurum bozukluğu olan erkeklere göre puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuş, kadınlar arasında anlamlı fark bulunmamış. Duygudurumun erkek hastalarda evlilik uyumuna etkisi olduğu ancak kadın hastalarda bunun gösterilemediği belirtilmiştir.

İUB, şizofreni ve madde bağımlılığı hastalarında evlilik uyumunun incelendiği bir çalışmada; İUB hastalarının %70'inde, şizofreni hastalarının %60'ında ve madde bağımlılığı olan hastalarının %50'sinde evlilik uyumu zayıf bulunmuş. Şizofreni ve İUB hastalarının, Evlilik Uyumu Anketi toplam puanlarında fark saptanmazken madde bağımlılığı olan hastaların puanlarının daha yüksek (evlilik uyumunun daha iyi) olduğu saptanmış.¹¹⁹

Çiftlerin evlilik uyumu, doyumu ve kalitesinin evlilik ve çift uyum ölçeği kullanılarak sağlıklı çiftlerle karşılaştırılarak değerlendirildiği, 23 İUB ve 11 MDB hastası ile yapılan çalışmada; duyguların ifadesi, çift bütünlüğü (bağlılığı) ve çift doyumu alt ölçek puanları sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak düşük bulunmuş.¹²⁰

İUB hastalarının Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ile aile işlevlerinin değerlendirildiği çalışmada; problem çözme, iletişim, roller, gereken ilgiyi gösterebilme, genel işlevler ve davranış kontrolü alt boyutunda sağlıklı çiftlere göre farklılık saptanmış, hastalık ve olumsuz aile işlevleri arasında ilişki olduğu bildirilmiştir.¹¹⁶

Çalışmamızda %45 hastanın evliliğinin uyumsuz olduğu ve hastaların evliliklerinde önemli oranda uyum sorunları yaşadığı; kadın hastalarda ortalama evlilik uyum ölçek puanının erkek hastalara göre yüksek olduğu ancak cinsiyetler arasında anlamlı fark olmadığı; Bayraktaroğlu ve Çakıcı'nın¹²¹ ifade ettiği gibi cinsiyetin evlilik uyumunu

yordamada önemli bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür. Bu sonuçlara göre hastalığın evlilik ilişkisi üzerinde olumsuz etkisinin olduğu; hastaların evliliklerinde genel uyum sorunu ile beraber evlilik içi anlaşma, çatışma çözme, bağlılık ve iletişim alanlarında sorunlar yaşadığı; evlilik uyum sorunlarına bağlı aile işlevlerinin bozulabileceği; İUB'nin aile birlik ve bütünlüğünün sürdürülmesini zorlaştırabileceği ve boşanma oranlarını artabileceği düşünülebilir.

İUB hastalarında, cinsel işlevlerin değerlendirildiği çalışmalara bakıldığında; örneklem büyüklüğünün, örneklemin yaş aralığının, evli ya da düzenli bir cinsel partneri olup olmamasının, örnekleme dahil edilen diğer psikiyatrik hastalıkların olup olmamasının, ek psikiyatrik hastalığın olup olmamasının, araştırmaya alındığı hastalık döneminde olup olmamasının, kullanılan ilaç tedavilerinin etkisinin değerlendirilip değerlendirilmemesinin, cinsel işlevlerin değerlendirilmesi için kullanılan yöntemlerin (Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, UKU yan etki değerlendirme ölçeği, araştırmacıların kendi tasarladıkları anketler), CİB tanısı alma kriterlerinin farklılık gösterdiği ve buna bağlı olarak farklı sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir.

11 farklı psikiyatri biriminde yatarak tedavi görmekte olan, 60 İUB depresyon ve 82 unipolar depresyon hastası ve kontrol grubunda, CİB ve intihar girişimi öyküsü ilişkisininin araştırıldığı bir çalışmada; katılımcılarda yaşam boyu cinsel istek, uyarılma ve orgazm yeteneği gibi cinsel yanıt döngüsünün üç basamağında da kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla sorun olduğu bildirilmiş. Duygudurum bozukluğu olan hasta grubunda; cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma ve orgazm aşamalarındaki yaşam boyu bozukluk, ile intihar girişimi öyküsü arasında ilişkili bulunmuş.¹²²

100 şizofreni, 58 affektif psikoz ve 30 kontrol grubundan oluşan çalışmalarında Kockott ve Pfeiffer⁸¹; CİB sıklığını yarı yapılandırılmış bir yöntemle değerlendirmiş. Şizofreni hastalarında %49, affektif bozuklukta %36,2, kontrol grubunda %13,3 oranında CİB saptandığı bildirilmiş. Araştırmada, psikiyatrik hasta grubunda en sık görülen CİB, cinsel istekte azalma olarak bildirilmiş.

Raja ve ark.'ın⁷², şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve İUB olan hastalarda cinsel davranışları değerlendirdiği araştırmada, en sık olarak cinsel istek azlığı bildirilmiş. Tüm katılımcılar arasında erkekler, kadınlardan daha yüksek cinsel memnuniyet bildirmiş. İUB olan hastalarda, erkeklerde açık bir şekilde cinsel istek ve tahmin edilen masturbasyon sıklığı, kadınlara göre daha yüksek bulunmuş.

Mahmoud ve ark.⁷⁴ tarafından yapılan çalışmada; 2012’de 61 kronik psikotik bozukluğu olan hastada (30 İUB ve 30 şizofreni), CİB sıklığı araştırmacının kendi hazırladığı anketle değerlendirilmiş. İUB olan hastalarda %54,8, şizofreni tanısı olan hastalarda %93,3 oranında CİB saptandığı bildirilmiş. Şizofreni ve İUB olan hastalarda, bütün katılımcılarda CİB ile kadın cinsiyet ilişkili bulunmuş; İUB olan hastalarda en sık (%64,6) orgazm bozukluğu bildirilirken, cinsel istek azalması %29 ve kendi cinsel yaşamından memnuniyetsizlik %51,6 olarak saptanmış.

Ülkemizde 84 şizofreni, 90 İUB, 88 eroin bağımlılığı tanısı ile takip edilen hasta ve 98 sağlıklı kontrol grubu ile yapılan çalışmada; eroin bağımlılığı tanısı alan hastalarda, diğer gruplara göre daha fazla cinsel sorun olduğu bildirilmiş. İUB olan kadın hastalarda; GRCDÖ (Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği) vajinismus alt ölçeği puan ortalaması kontrol grubundan yüksek bulunmakla birlikte, diğer alt ölçekler ve GRCDÖ toplam puan ortalaması kontrol grubu ile benzer bulunmuş. İUB olan erkek hastalarda; GRCDÖ sıklık, dokunma, kaçınma, doyum, PE ve toplam puan ortalaması, kontrol grubundan yüksek bulunmuş. Şizofreni ve eroin bağımlılığı tanısı olan erkek hastalarda, GRCDÖ toplam puan ortalaması kontrol grubu ile benzer bulunmuştur. İUB olan erkek hastalarda şizofreni grubundaki erkeklere göre, sıklık ve erken boşalma (PE) alanlarında sorun yaşama sıklığı daha fazla bulunmuş.¹²³

Ülkemizde 2010 yılında yapılan 148 İUB olan hastada metabolik sendrom ve CİB ilişkisini değerlendiren bir çalışmada; hastaların yaklaşık yarısında CİB saptandığı, metabolik sendromu olan ve olmayan kadın hastalarda CİB benzer oranda tespit edildiği, metabolik sendromu olan erkek hastalarda, olmayan hastalara göre daha fazla CİB saptandığı bildirilmiş.¹²⁴ Çalışmamızda BMI ile CİB arasında ilişki olduğu görülmüştür.

Nagaraj ve ark.’ın⁸² İUB olan erkek hastalarda cinsel işlevlerinin incelediği çalışmada; erkek hastaların cinsellikte en sık sorun yaşadığı alan erektil disfonksiyon, ikinci olarak da libido azalması olarak bildirilmiş. Cinsel yanıt döngüsünün istek, uyarılma ve orgazm evrelerinden en az bir tanesinde sorun yaşama sıklığı %66 olarak bulunmuş.

Remisyonda olan İUB I hastaları ve eşlerinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı çalışmada; CİB ve ilişkili sosyodemografik ve klinik değişkenlerin araştırılmış. Hastalarda GRCDÖ sıklık, iletişim, dokunma, kaçınma ve doyum puan ortalamaları, her iki cinsiyette benzer olarak bulunurken; GRCDÖ toplam puan ortalaması, erkek katılımcılarda kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş. GRCDÖ’ye göre, total puanın beş ve üstünde

olması, CİB varlığı olarak tanımlanmış; hasta grubundaki katılımcıların %60.3'ünde (n=35), kadın hastaların %51.6'sında (n=16), erkek hastaların %70.4'ünde (n=19) CİB saptanmış, kadın ve erkek katılımcılarda CİB sıklığı açısından anlamlı farklılık saptanmamış. Cinsellikte en fazla sorun yaşanan alan, IUB I olan kadın hastalarda iletişim, erkek hastalarda PE ve sıklık alanı olarak bulunmuş; kadın hastalarda ikinci olarak sıklık alanında, erkek hastalarda doyum ve ED (erektile disfonksiyon) alanlarında sorun yaşandığı tespit edilmiş; erkek hastalarda ED alanında sorun yaşama sıklığı, hasta eşleri ve kontrol grubundaki erkek katılımcılardan yüksek saptanmış.¹²⁵

Türkmenoğlu'nun¹²⁶ remisyonda İUB olan hastalarda evlilik ilişkisi ve cinselliği incelediği araştırmasında; cinsel işlevlerin kadın hastalarda kontrol grubu ile benzer olduğu, kadınların erkeklere göre daha az sıklıkta cinsel istek duyma, daha az sayıda cinsel ilişkide bulunma isteği, cinsel ilişkiyi başlatmayı eşine bırakma, onlardan bekleme gibi pasif rolde oldukları bildirilmiş. Kadın hastaların eşlerine göre daha az cinsel istek duyduğu, cinsel ilişki sırasında utanma ve suçluluk duyduğu, pornografik-erotik malzemeden öğrendikleri tespit edilmiş. Bu verilerin; cinsellikte erkeklerin aktif olması öğretisi ve beklentisi, cinsel bilgilerin eksikliği, bu konuların konuşulmaması, toplum içinde mahremiyetinin devam etmesi, kadınların cinsellikle ilgili bilgi ve deneyimlerini genellikle evlendiklerinde eşlerinden öğrenmeleri ve pasif tutumlarının devam etmesi ile ilgili olabileceği düşünülerek; ülkemizde cinsel eğitimin önemli olduğu vurgulanmıştır.

Çalışmamızda; orta düzeyde cinsel işlev sorunlarının mevcut olduğu, kadın hastaların arizona cinsel yaşantılar ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde kadınların istek ve orgazm puanlarının erkeklere oranla yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum Türkmenoğlu'nun ifade ettiği gibi cinsellikte erkeklerin aktif durumda olmalarına, kadınların cinsellikle ilgili bilgi ve deneyimlerini genellikle evlendiklerinde eşlerinden öğrenmelerine ve evlilik süresince pasif tutumlarının devam etmesine bağlı olabileceği gibi; cinselliği başlatmayı eşlerine bırakma ile ilgili evlilik öncesi toplum öğretilerine, kadınların cinselliği doyum alma amacından daha çok eşlerinin beklentilerini karşılamak amacıyla görev olarak görmelerinin istek ve orgazm sorunlarına erkeklerden daha fazla yol açabileceğine, kadınların cinsel sorunlarını eşleri ile paylaşma konusunda ve cinsel yaşantı ile ilgili olumlu ve olumsuz geribildirim yapma konusundaki çekincelerine; evlilik sorunlarının kadınlardaki cinsel istek ve cinsellikten haz alma davranışları üzerinde erkeklerden daha fazla olumsuz etki yaratabileceğine, cinsel istek ve orgazmın birbiri ile

bağımlı bir süreç olduğu göz önüne alındığında orgazm sorunlarının cinsel isteği azaltabileceğine bağlı olabilir. McGahuey ve ark.'nın tanı kriterlerine göre değerlendirme yapıldığında tüm hastaların %31,7'sinde (n=19), erkek hastaların %32'sinde (n=8), kadın hastaların %31,4'ünde (n=11) CİB olduğu tespit edilmiştir. Bu oranların Kockott ve Pfeifferin çalışmasında affektif bozuklukta bildirilen CİB sıklığına benzer oranda ancak birçok çalışmaya göre düşük olduğu görülmektedir. Bu durum; diğer bazı çalışmaların aksine, bizim çalışmamızdaki hastaların iyileşme döneminde olmasıyla, ek psikiyatrik ve tıbbi hastalıkların dışlanmış olması ile ilişkili olabilir. Bununla birlikte hastaların yaklaşık üçte birinde CİB olması dikkat çekici bir bulgudur.

5.3 Yaşam Kalitesi ve Damgalanma Hissinin Değerlendirilmesi

İUB olan hastalar, fiziksel ve sosyal işlevsellik alanlarında genel topluma oranla önemli bozukluklar göstermektedir. Bozukluğun düzelme ve alevlenmelerle seyreden döngüsel gidişi; bireyin ailesel, mesleki ve sosyal uyumunu; fiziksel, emosyonel, sosyal ve işlevsel iyilik halini ve bir bütün olarak yaşam kalitesini bozmaktadır.¹²⁷ Artan kanıtlar bu hastalarda, düzelen ilk hastalık nöbetinden sonra ve nöbetler arasındaki iyilik dönemleri sırasında da işlevsellikte bozulmanın görüldüğü yönündedir.¹²⁸

Son zamanlarda İUB olan hastaların yaşam kalitesi diğer psikiyatrik durumlarda olduğu gibi artan bir şekilde dikkati çekmektedir. İki Uçlu Bozukluğun genel popülasyonla, SF-36 kullanılarak yapılan karşılaştırma çalışmalarında; yaşam kalitesi ve mental sağlık puanları düşük bulunmuştur.

Hollanda Ruh Sağlığı Araştırması ve İnsidansı Çalışması (NEMESIS) genel bir toplum örneğinde psikiyatrik bozukluk epidemiyolojisini araştırmış; İUB olan hastalarda, diğer psikiyatrik bozukluklu hastalara oranla SF-36 skorlarında daha çok bozulma saptamışlardır.¹²⁹

Yatham ve ark.¹³⁰ tarafından 15 ülkede 920 tip-I İUB hastası ile yapılan geniş örneklem içeren çalışmada; toplum normlarıyla karşılaştırıldığında SF-36 skorlarının belirgin olarak bozulduğu bulunmuş.

İspanya'da 108 İUB hastasının değerlendirildiği çalışmada; SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puanları genel popülasyon (n=1210) ile karşılaştırılmış, iki uçlu hastalarda SF-36 mental sağlık alt ölçeği puanları genel popülasyona göre düşük bulunmuş. Ötimik iki uçlu hastaların yaşam kalitesi skorları, ötimik olmayan iki uçlu hastalarla genel popülasyon

arasında değerde bulunmuş; evli olma, ileri yaş, hastalık yaşının ileri olması düşük fiziksel skorla ilişkilendirilmiş.¹³¹

Arnold ve ark.'nın¹³² 44 İUB hastası ve 34 kronik sırt ağrısı hastasının SF-36 skorlarını, genel toplum normları ile karşılaştırdıkları çalışmada; İUB'li hastalarda yaşam kalitesinin bozulduğu bulunmuş.

Leidy ve ark.¹³³ tarafından 62 İUB hastasında yapılan çalışmada, SF-36'da belirgin bozulmalar oluştuğunu gözlemişlerdir.

Sierra ve ark.¹²⁷ tarafından 50 ötimik hasta ile yapılan çalışmada; yaşam kalitesinin, klinik ve demografik verilerle ilişkisi değerlendirilmiş, hasta grubu verileri kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, SF-36 tüm alt ölçek puanlarında anlamlı düşüklük saptanmış.

Çalışmamızda hastaların yaşam kalitesi sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında, bütün alt ölçek puanlarında belirgin şekilde düşme olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu Sierra, Yatham Arnold ve ark. tarafından yapılan çalışmalarının sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu bulgulara göre; fiziksel yaşam aktivitelerin, sosyal aktivitelerin ve günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının kısıtlandığı; hastaların mental sağlık (emosyonel stres ve esenlik), canlılık (zindelik / yorgunluk), beden ağrıları ve bir bütün olarak sağlığın değerlendirilmesi (genel sağlık algısı) alanlarında sorunlar yaşadığı düşünülebilir. Fiziksel bileşenler özet skorunun (PCS) daha fazla düşük olduğu ancak ruhsal bileşenler özet skoru (MCS) ile istatistiksel anlamlı fark olmadığı gözlenmiştir. Bu bulgu hastaların genel sağlık algısında, sağlık problemlerine bağlı fiziksel yaşam aktivitelerinin ve fiziksel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasında ve beden ağrıları alanlarında daha fazla güçlük çektikleri; bu güçlük nedenin ise ilaçların sedatif etkisine ve kilo alımına bağlı olabileceği düşünülebilir.

İçselleştirilmiş damgalama şiddetli ruhsal hastalığı olan her üç kişiden birinin yüksek düzeyde deneyimlediği bir durumdur. İçselleştirilmiş damgalama ya da öz damgalama; halkın inandığı tehlikelilik, yetersizlik gibi damgalayıcı görüşlerin ruhsal hastalığı olan kişi tarafından benimsendiği bir süreçten söz etmektedir ve ümitsizlik, düşük benlik saygısı ve zayıf sosyal ilişkileri içermektedir.¹³⁴

Damgalanma, İUB olan hastaların %54,6'sının hissettiği ciddi bir sorundur. Bir duygudurum atağının geçmesiyle hastalarda ortaya çıkan en çarpıcı izlenim, kendilerinin büyük bir başarısızlık gösterdikleri ve herkesi hayal kırıklığına uğrattıkları için güvenilmez

oldukları yönündedir. İUB hastalarının hastalıklarına yönelik tutumları için en çarpıcı belirleyici, geçirdikleri rahatsızlık sonucu ortaya çıkan kendilik saygısındaki azalmadır.¹³⁵

Ülkemizde iki uçlu olan hastalarla yapılan bir çalışmada; Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği'nin damgalanma hissi alt başlığı altında yer alan sorulara verdikleri yanıtlar incelendiğinde; hastaların %46'sının kendilerini tam ya da kısmen yetersiz ya da eksikmiş gibi hissettikleri, yaklaşık %40'ının çevresindeki kişiler tarafından tam veya kısmen yetersiz veya eksikmiş gibi görüldükleri, %60'ının hastalıklarının evlenme konusunda olumsuzluk yaratacağı görüşünde olduğu, mesleki işlevsellik açısından hastaların yaklaşık %55'i hastalıklarını iş bulma konusunda zorluk yaşatma nedeni olarak gördükleri bildirilmiş. Hastaların yaklaşık yarısı, toplumsal ilişkilerde hastalıklarının kendilerine olumsuz etki yaptığını algılamaktadır. Hastalar topluma göre kendilerini daha fazla damgalamaktadırlar ve toplumsal ilişki düzeyi yakınlıklaştıkça, kendilerini damgalama artmaktadır.¹³⁵

Hayward ve ark.¹³⁶ İUB tanısı konan hastalarda yaptıkları çalışmada; hastaların toplum tarafından arkadaş olarak kabul edilmeyeceklerini, daha az zeki ve güvenilmez olarak değerlendirileceklerini, işverenlerin kendilerine iyi ücret vermeyeceklerini ve diğer işçilere davrandıkları gibi davranmayacaklarını, kadınların kendilerine görüşme randevusu vermeyeceklerini, psikiyatri kliniğine yattıkları için kendilerinin fikirlerini daha az ciddiye alacaklarını düşündüklerini belirlemişlerdir.

Ritsher ve Phelan'ın¹³⁷ yaptıkları çalışmada İUB hastalarının 1/3'ü RHİDÖ'den ortanın üzerinde puan almıştır.

Perlick ve ark.¹³⁸ tarafından İUB'li hastalarla yapılan çalışmada, yüksek düzeyde damgalama endişesi bildiren hastaların, aile üyeleri dışındaki kişilerle anlamlı sosyal etkileşimlerine engel olduğu saptanmıştır.

Morselli ve ark.¹³⁹ çalışmasında hastaların yüksek derecede damgalama yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışmada; %44,6'sının işi uygulamakta, %41,0'ının boş zaman aktivitelerinden hoşlanmada, %43,5'inin aile ilişkilerinde, %36,7'sinin arkadaş ilişkilerinde, %36,2'sinin duygularını ifade etmede güçlük yaşadığı; %39,0'ının alay edildiğini hissettiği, %54,6'sının damgalanmış hissettiği; %36,4'ünün genel yaşamda, %18,1'inin aile içinde ve %13,9'unun iş yerinde damgalanmış hissettiği belirlenmiş.

Sarısoy ve ark.'nın¹⁴⁰ İUB'li hastaların içselleştirilmiş damgalama ve çok boyutlu yakın ilişki özelliklerini saptamak için yaptıkları çalışmada; içselleştirilmiş damgalama ile yakın

ilişkilerin birbirinden etkilendikleri saptanmış, cinsiyet faktörünün hastaların içselleştirilmiş damgalama durumunu etkilemediği belirlenmiş.

İUB olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama ve işlevsellik düzeyi arasındaki ilişkiyi ve içselleştirilmiş damgalamayı etkileyen sosyodemografik faktörler ve hastalığa ilişkin özellikleri belirlemek amacıyla 71 hasta ile yapılan araştırmanın sonucunda; hastaların %39,4'ü insanların kendilerine farklı davrandıklarını, %35,2'si diğer insanların kendilerini ciddiye almadıklarını ifade ettikleri, hastaların %35,2'sinin eskisi kadar sosyal olmadığı, %49,3'ünün hastalık nedeniyle doyum verici bir hayat yaşamadığı, %36,6'sının diğer insanlarla birlikteken kendisini o ortama ait değilmiş gibi hissettiği, %46,5'inin ruhsal hastalık nedeniyle hayatından memnun olmadığı, %31'inin sosyal ortamlardan uzak durduğu, %64,8'inin kendisi hakkında pek fazla konuşmadığı, hastaların %23,9'unun ruhsal hastalığı olan kişilerin evlenmemesi gerektiğini düşündüğü ve %73,2'sinin ruhsal hastalığı olan kişilerin topluma katkılarının olamayacağını düşündükleri saptanmış.¹¹

Ersoy ve Varan tarafından yapılan çalışmada, RHİDÖ toplam puanlarına sosyodemografik değişkenlerin ışığında bakıldığında; erkek deneklerin ortalamasının kadınlardan, düşük veya orta düzeyde gelire sahip deneklerin ise yüksek gelir düzeyine sahip deneklerden anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar elde ettikleri görülmüş. Bu bulgulara göre, erkekler ve düşük gelire sahip kişiler içselleştirilmiş damgalanmaya daha açık gözüktüğü düşünülmüş.¹⁰¹

Angermeyer ve Matschinger'e¹⁴¹ göre; erkekler kadınlara göre daha saldırgan ya da tehlikeli olarak algılandıklarından dolayı kadınlardan daha fazla damgalanıyor olabilirler. Bu durumda erkekler muhtemelen içsel damgalanmaya da daha açık olacaktırlar.¹⁴¹

Bizim çalışmamızda; Angermeyer ve Matschinger'in çalışmasıyla uyumlu olarak erkek hastalarda, özellikle ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alanları başta olmak üzere içselleştirilmiş damgalanmanın kadın hastalara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu bulgu Angermeyer ve Matschinger'in ifade ettiği gibi erkeklerin kadınlara göre içsel damgalanmaya daha açık olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca özellikle ülkemiz koşullarında iş ve sosyal alanda erkeklerin daha fazla rol alıyor olması, hastalığın benlik saygısı üzerindeki olumsuz etkisi ve toplumsal roller arasındaki içsel çatışma, erkek hastaların sosyal destek arayışının yetersiz olması erkek hastaların daha fazla damgalanma hissetmelerinin nedenlerinden olabilir.

5.4 Cinsel işlev bozukluğunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi

İUB ve cinsel yaşam üzerine oldukça kısıtlı literatür bilgisi mevcuttur. Veri tabanlarında ‘bipolar’ ve ‘cinsel’ kelimeleri ile arama yapıldığında, genellikle cinsel istismar, cinsel yaşam ve üreme sağlığı, riskli cinsel davranışlar, eşlerin cinsel yaşam kalitesi ile ilgili konulara yer verildiği görülmekte; CİB sıklığı ve ilişkili faktörler ile ilgili az sayıda farklı desende çalışma karşımıza çıkmaktadır.

Bu çalışmada McGahuey ve ark.’nın⁹⁶ tanı kriterleri baz alınarak, hastalar CİB olan ve CİB olmayan olarak iki gruba ayrılmıştır. CİB olan ve olmayan gruplar karşılaştırılarak elde edilen veriler değerlendirildiğinde gruplar arasında; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ikamet şekli, evlilik yaşı, evlilik süresi, evde yaşayan kişi sayısı, sigara kullanımı, ortalama hastalık süresi, geçirilmiş toplam atak sayısı, HAM-D puan ortalaması ve YMDÖ puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir. CİB olan hastaların BMI ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve CİB olmayan hastaların toplam hastane yatışı sayısı CİB olan hastalara göre anlamlı düzeyde fazla olduğu görülmüştür. Kadın veya erkek olmanın, yaşın, eğitim düzeyinin, çalışma durumunun ve evlilik süresinin CİB tanısı almayı etkilemediği; sigara kullanımının CİB tanısı alma ile ilişkili olmadığı ancak BMI’ndeki yüksekliğin cinsel işlevsellikle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Kolotkin ve ark.¹⁴² tarafından yapılan çalışmada; yaşam tarzı değişikliği ile kilo kaybı olan, bariatrik cerrahi ve tedavi almayan morbit obez hastalarda cinsel işlevler karşılaştırılmış; tedavi önceindeki dönemdeki hastalar BMI’ne göre 3 gruba ayrılarak değerlendirildiğinde, BMI ne kadar yüksekse cinsel yaşam kalitesinin (CYK) o kadar bozuk olduğu, CYK’nin obez kadınlarda obez erkeklere göre daha kötü olduğu görülmüş.

İUB olan hastalarda metabolik sendrom ve CİB ilişkisini değerlendiren araştırmada; abdominal obezite ve sigara kullanımı, CİB için anlamlı belirleyiciler olarak saptanmış; analiz sonuçlarına göre abdominal obezitesi olanlarda CİB olma ihtimali 3 kat daha fazlayken, sigara kullanan hastalarda CİB olma ihtimali kullanmayanların neredeyse üçte biri kadar olduğu bulunmuş.¹²⁴

Esposito ve ark.’nın¹⁴³ vücut ağırlığı, vücut yağ oranı ve cinsel işlev arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada; kadınlarda BMI arttıkça, uyarılma, lubrikasyon, orgazm ve tatmin azaldığı, isteğin değişmediği gösterilmiş.

Ülkemizde yapılan obez ve aşırı kilolu kadınlarda cinsel disfonksiyonun değerlendirildiği çalışmada; FSFI (Kadın Cinsel İşlev İndeksi) skorları ile antropometrik ölçümleri arasında anlamlı ilişki bulunmazken, orgazm ve BMI arasında negatif korelasyon tespit edilmiş.¹⁴⁴

Epidemiyolojik çalışmalar, fiziksel aktivite ve zayıflık gibi modifiye edilebilir hayat tarzı faktörlerinin düşük ED ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir.¹⁴⁵

Sağlık çalışanları izlem çalışmasının (Health Professionals Follow-up Study) sonuçlarına göre; BMI 28,7 kg/m²'den yüksek olanların, normal BMI'ne sahip olanlara göre %30 daha fazla erektil disfonksiyon riski bulunmaktadır.¹⁴⁶

Çalışmamızda BMI ile CİB arasında ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre CİB tanısı alanlarda BMI ortalaması daha fazladır. Bu bulgu yukarıdaki çalışmalarla uyumlu olup hastaların kilo kontrolünün cinsel işlevsellik açısından da önemli olduğunu düşündürmektedir.

CİB olan grupta yatış sayısının CİB olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha az olduğu görülmüştür. Bu bulgu beklenmedik bir bulgu olup yatış sayısı fazla olan, hastalığı daha ağır ve kronik seyreden grupta CİB tanısının daha sık olması beklenebilirdi ancak çalışma grubundaki hastaların genel olarak yatış sayısının az olması göz önünde bulundurulmalıdır. HAM-D ve YMDÖ'nin CİB ile ilişkili olmaması hastaların remisyonda olması ve dolayısıyla ölçek puanlarının düşük olması ile ilişkili olabilir.

Cinsel alan, evlilikte ilişkinin önemli bir yanını oluşturmaktadır. Evlilikte cinsel yaşamı çiftin genel iletişiminden ayrı düşünmek mümkün değildir. Dolayısıyla eşler arasında iletişimsizliğin ya da çatışmaların cinsel işlevi de etkilemesi beklenen bir durumdur. Evlilikte diğer alanlarda oluşan sorunların cinselliğin yaşanmasına etkileri olabileceği gibi, cinsel alandaki sorunların da evlilik ilişkisine yansıtılabileceği görülmektedir. Cinsel işlev bozukluğunun, evlilik yaşamını etkileyip etkilemediğinin araştırıldığı bir dizi çalışmanın sonuçlarına göre; cinsel işlev bozukluğu olan erkekler/kadınlar ve eşlerinin evlilik yaşamı sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla bozulduğu; sonuç olarak cinsel işlev bozukluğunun, evlilik yaşamını olumsuz yönde etkilediği ortaya konmuştur. Son yıllarda, cinsellik ve evlilikte mutluluk arasındaki etkileşime ilişkin veriler üzerinde daha fazla durulmaya başlanmıştır.¹¹²

Çağ ve Yıldırım'ın¹⁴⁷ 811 evli bireyle yaptığı araştırmasında; evlilik doyumu ile eş desteği ve cinsel yaşam memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki ve eğitim durumu arasında

negatif bir ilişki olduğu saptanmış.

Gülsün ve ark.'nın¹¹² evlilik ve cinsellik üzerine yaptığı bir araştırmada; evliliğin tüm evrelerinde cinselliğin yer aldığı, evliliğin diğer alanlarında meydana gelen sorunların cinselliğe etkisi olabileceği ve cinsel alandaki sorunların evlilik ilişkisine yansiyabileceği sonucuna varılmış.

Rust ve ark.'ın¹⁴⁸ evlilikte mutsuzluk ve CİB arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri araştırmada; erkeklerde evlilikte mutluluk ve cinsellik arasındaki ilişki, kadınlara oranla daha güçlü bulunmuş. Özellikle, erkeklerdeki prematür ejakülasyon ve erektil disfonksiyonun, evlilikte mutsuzluk konusunda kadınlardaki orgazm bozukluğu ve vajinismustan daha etkili olduğu ileri sürülmüş.

Remisyonda olan İUB I tanısı olan hastalar ve eşlerinde CİB sıklığının araştırıldığı ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı çalışmada; üç grupta Maudsley Evlilik Anketi (MMQ) aile alt ölçeği puanı ile GRCDÖ toplam puan arasında orta derecede, MMQ cinsellik alt ölçeği ve MMQ toplam puan ile iyi derecede ilişki saptanmış; hasta grubundaki kadın ve erkek katılımcıların MMQ cinsellik alt ölçekleri ile MMQ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamış; hasta grubundaki katılımcılarda, MMQ aile puanı ile GRCDÖ toplam puanı arasında orta derecede pozitif ilişki saptanırken, MMQ cinsellik ve toplam puanları ile iyi derecede pozitif ilişki saptanmış.¹²⁵

Remisyon döneminde olan İUB ve MDB hastaların eşleri ile yapılan evlilik yükü ve başa çıkma tarzlarının incelendiği bir çalışmada; ilaç yan etkileri, algılanan çekicilikte azalma, evlilik ilişkisinde genel problemler ve evlilik yükünün affektif bozukluk hastalarının eşlerinde cinsel hayat kalitesinde düşmeye katkıda bulunabileceği düşünülmüş.¹⁴⁹

37 İUB hasta eşi ile yapılan, ilişki dinamikleri, evlilik kalitesi, cinsel doyumun farklı epizotlarda (depresyon, mani, ötimik dönem) değerlendirildiği çalışmada; cinsel yaşam alanında mutsuzluk ve evlilik uyumsuzluğu arasında ilişki olduğu gösterilmiş.¹⁵⁰

Çalışmamızda yukarıdaki çalışmalarla uyumlu olarak CİB olan grupta CİB olmayan gruba göre evlilik uyumu daha az bulunmuştur.

CİB olan grupta; fiziksel bileşenler özet skoru (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlülüğü, ağrı, genel sağlık algısı) ve genel sağlık alt ölçeği puanı CİB olmayan gruba göre anlamlı olarak düşük olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel yaşam kalitesi CİB tanısı alıyor olma ile ilişkiliyken ruhsal yaşam kalitesi CİB tanısı alıyor olma ile ilişkili bulunmamıştır. Hastalardaki fiziksel fonksiyonun, fiziksel rol güçlülüğünün, ağrının ve genel sağlığın

cinsel işlevleri önemli ölçüde etkilediği bulunurken; mental sağlığın, emosyonel rol güçlülüğünün, sosyal fonksiyonun ve enerjinin cinsel işlevlerde bozulma ile ilişkisi gösterilememiştir. Bu bulgu CİB ve yaşam kalitesi ilişkisinde fiziksel rolün ruhsal rolden daha etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada algılanan damgalanma hissini CİB ile ilişkili olacağı varsayılmıştır. Ancak algılanan damgalanma hissi ile CİB tanısı alıyor olma arasında belirgin bir ilişki saptanmamıştır. Damgalanma ile cinsellik arasındaki ilişki, cinsel işlev bozukluğundan ziyade sosyal açıdan cinsel partner edinme gibi cinsel davranışlar üzerine olabilir. Bununla birlikte bizim çalışmamızdan farklı olarak bir çalışmada Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği alt ölçek puanları ile içselleştirilmiş damgalanma ölçeği arasındaki ilişki değerlendirilmiş, cinsel işlevsellik alt ölçeği puanları ile RHİDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuş.¹¹

Çalışmamızda; tek AP kullanma kullanan hastalar ile tek DD kullanma kullanan hastalar arasında ve DD ile DD+AP kullanımı kullanan hastalar arasında CİB tanısı alıyor olma açısından anlamlı fark bulunmadığı, ancak AP+DD kullanan hastaların tek başına AP kullanan hastalara oranla daha fazla CİB tanısı aldıkları görülmüştür. Bu bulgu çoklu ilaç kullanımının CİB ile daha fazla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte çalışma grubumuzdaki tek AP kullanan hastalar incelendiğinde, hepsinin ılımlı dozlarda atipik AP kullandığı izlenmiştir. Bu gruptaki hastaların yüksek dozda ve tipik antipsikotik kullanmıyor olması bu bulgunun nedeni olabilir. Bu sonuçlar az sayıda ilaç kullanımının ve ılımlı dozda atipik AP kullanımının cinsellik üzerine olumsuz etkileri en aza indirme açısından önemli olabileceğini düşündürmektedir.

İUB'de lityum ve benzodiyazepinlerin cinsel işlevlere etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; lityum ve benzodiazapin kombinasyonunun (%49), diğer kombinasyonlara (%17) veya lityum monoterapisine (%14) göre daha fazla CİB'na neden olduğu saptanmış.¹⁵¹

Aizenberg ve ark.'ın¹⁵² yaptığı çalışmada; İUB ve şizoaffektif bozukluğu olan, remisyonda ve tek başına lityum kullanan 35 erkek katılımcıda, lityum serum düzeyleriyle birlikte cinsel işlevler değerlendirilmiş. Katılımcıların %23'ünde cinsellikle ilgili düşüncelerde azalma, %20'sinde ereksiyonu sürdürmekte zorluk, %14'ünde uyarılma bozukluğu saptanmış. Cinsel aktivitede alınan doyumun korunmuş olduğu ve var olan cinsel sorunların hastalara sıkıntı yaratacak ya da tedavi uyumsuzluğuna yol açacak

düzyeyde olmadığı belirtilmiştir. Ölçülen serum lityum düzeyleri ile bildirilen CİB arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış.

Bir çalışmada, İUB I ve II bozukluğa sahip olan remisyondaki hastalarda, tek başına uzun süreli lityum kullanımının cinsel işlevlere olan etkisi kontrol grubu ile karşılaştırılarak değerlendirilmiş. Hastalarda ve kontrollerde sırasıyla, cinsel birlikteliğin yokluğu ya da çok az sıklıkta olması %45'e %20, cinsel fantazilerin yokluğu ya da azlığı %25,4'e %13,6, isteksizlik %37,3'e %9,5, cinsellikten zevk alma %73'e %91 ve tatmin %57'e %83 bulunmuş. Ayrıca, hastaların %18'i, cinsel sorunlarının İUB'nin başlangıcından itibaren ve %30'u lityum kullanmaya başladıktan sonra görüldüğünü bildirmiş.¹⁵³

Lorimy ve ark.'ın¹⁵⁴ araştırmasında İUB olan hastalarda, uzun süreli lityum kullanımı ile katılımcıların yarısında cinsel istekte azalma olduğu bildirilmiş.

Lityum tedavisi ile izlenen remisyonda İUB hastaları ile yapılan bir çalışmaya 100 hasta dahil edilmiş; cinsel disfonksiyon sıklığı, cinsel disfonksiyon ile eşikaltı belirtiler, ilaç uyumu, diğer yan etkiler ve antropometri arasındaki ilişki incelenmiş. Eşik kriterlerine göre 37 hastada cinsel disfonksiyon saptanmış. Cinsel disfonksiyon varlığı işlevsellik düzeyinin düşük olması, diğer yan etkiler ve ilaç uyumsuzluğunun yüksek olması ile ilişkili bulunmuş.¹⁵⁵

Başka bir çalışmada; İUB olan ve lityum karbonatla antipsikotik kombinasyonu kullanan hastalarda, yalnız antipsikotik kullananlara göre CİB'in yaklaşık %10 daha az görüldüğü, bir anlamda lityum kullanımının cinsel sorunlara karşı koruyucu olabileceği bildirilmiş.¹⁵⁶ Çalışmamızda DD grubu ile AP grubu arasında ve DD grubuyla DD+AP grubu arasında CİB sıklığı açısından fark olmadığı, bununla birlikte DD+AP grubunda CİB görülme sıklığının AP grubundan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. DD grubuyla DD+AP grubu arasında CİB sıklığı açısından fark olmadığı görülmüştür. Bu veri monoterapinin CİB sorunlara karşı koruyucu olabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde İUB olan ve VPA kullanan hastalarda CİB'i değerlendiren bir araştırma bulunamamıştır. Mekanizması net olarak bilinmemekle birlikte, antiepileptik ilaçlar hormon profili ve cinsel işlevlerde değişiklikler yapabilmektedir. VPA'nın hormonal profil ve cinsel yan etkileri konusunda, daha çok epilepsi hastalarında yapılan araştırmalar mevcuttur.

Valproik asitin İUB ve epilepsi hastalarında üreme işlevleri ve cinsel yan etkileri açısından Uluslararası Eretil Disfonksiyon Değerlendirme Formu ile değerlendirildiği bir araştırmada, lityum kullanan hastalarla aralarında CİB açısından anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiş. Epilepsi nedeniyle VPA kullanan grupla, İUB nedeniyle VPA kullanan grup karşılaştırıldığında, orgazmik işlev ve genel memnuniyet puanlarının İUB olan hasta grubunda daha yüksek olduğu bildirilmiş. Epilepsi tanılı grupta, İUB olan hastalara göre daha fazla cinsel sorun yaşandığı bildirilmiş.¹⁵⁷ Bu bulgu cinsel işlev bozukluklarının ilaçlarla mı yoksa bipolar bozukluğun kendisiyle mi ilgili olduğu sorusu açısından değerlidir. Çalışmamızda valproat ile monoterapi alan 2 hastada CİB tespit edilmiştir. Lityum monoterapisi alan ve valproat monoterapisi alan hastaların ACYÖ'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında anlamlı farklılık görülmemiştir.

İUB tanılı olgularda, atipik antipsikotiklerin (ketiyapin ve olanzapin) cinsel işlev ve hormonal değişkenler üzerine etkisinin lityumdan farklı olup olmadığını ve bu etkinin cinsiyetler arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelendiği bir çalışmada; ketiyapin ya da ketiyapin+lityum kullanan erkeklerin GRCDÖ puanları, ketiyapin ya da ketiyapin+lityum kullanan kadınlardan yüksek bulunmuş. İUB tanılı kadın ve erkek olguların ACYÖ puanları benzer tespit edilirken, kadın ve erkek hastalar kendi içinde karşılaştırıldığında tek başına lityum, tek başına ketiyapin veya lityum+ketiyapin ile tek başına olanzapin veya lityum+olanzapin kullanımı arasında ACYÖ puanları açısından anlamlı fark tespit edilmemiş.¹⁵⁸ Çalışmamızda CİB olan hastalar arasında 1 hastanın lityum+ketiyapin kullandığı, 2 hastanın ise lityum ve olanzapin kullandığı görülmüştür. Bizim çalışmamız DD+AP kullanımının cinsel işlev sorunlarına daha fazla yol açabileceğini düşündürmektedir.

Nagaraj ve ark.'ın⁸² yaptığı bir araştırmada, İUB I tanısı alan remisyonda 108 erkek hasta örneğinde; 53 katılımcı tipik antipsikotik, 55 katılımcı en az 6 hafta boyunca atipik antipsikotik tedavisi altında iken, UKU yan etki ölçeği ile cinsel işlevler değerlendirilmiş. Örneklemin %66'sında istek, uyarılma ve orgazm dönemlerinden oluşan cinsel yanıt döngüsünün en az bir aşamasında bozukluk saptandığı bildirilmiş. ED, örneklemin %42'sinde ve en yaygın şikayet olarak kaydedilmiş. Bütün hastaların, %39'u cinsel istek azalması, %17,6'sı ejakülasyon bozukluğu, %14,8'i orgazm bozukluğu bildirmiş. ED, tipik antipsikotik alan İUB olan hastalarda, atipik antipsikotik alan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olarak bildirilmiş. Tipik ve atipik antipsikotik kullanan

gruplarda, diğer CİB sıklığı açısından bir farklılık saptanmamış. Araştırmanın sonuçlarına göre, İUB'de antipsikotik kullanımı ile CİB yan etkisi görülmesi oldukça sık olmaktadır. Çalışmamızda tipik antipsikotik kullanan hasta yer almazken, atipik antipsikotik kullanan hastalarda CİB görülmemiştir. Ancak AP grubundaki örneklem grubunun küçük olması bu sonucu etkilemiş olabilir.

Antipsikotik tedavi altı ay önce başlanmış, ortalama yaşı 26 olan, 55 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada; cinsel yan etkiler araştırılmış ve aynı gün alınan kan örneklerinde ilaç plazma düzeyleri ve prolaktin seviyeleri ölçülmüş. Tedavide hastalara ortalama 6,5 mg/gün haloperidol (veya eşdeğer dozda klasik antipsikotiklerden biri), 3,4 mg/gün risperidon veya 10.2 mg/gün olanzapin verilmiş. Hastaların %60'ında cinsel yan etkiler tespit edilmiş. %28 oranı ile olanzapin en düşük cinsel yan etki oranına sahipken, risperidon %64 oranı ile en yüksek oranda cinsel yan etkiye neden olduğu görülmüş. Klasik antipsikotiklerin ise %50 oranında cinsel yan etki gösterdiği bildirilmiş.¹⁵⁹

Risperidon, olanzapin, ketiyapin ve haloperidolun cinsel yan etkilerinin karşılaştırıldığı EIRE çalışmasında da benzer şekilde en sık, CİB risperidon ve haloperidol ile görülmüş. Ketiyapin; risperidon ve haloperidole göre istatistiki olarak anlamlı daha az CİB'e neden olurken, olanzapinle aradaki fark anlamlı çıkmamış. Risperidon, haloperidol ve olanzapin ile görülen CİB doz bağımlı olduğu ve arada fark olsa da oranların oldukça yakın olduğu belirtilmiş (sırasıyla %43,2, %38,1, %35,3, ketiyapinle %18,2).¹⁶⁰

SOHO (The Schizophrenia Outpatient Health Outcomes) çalışmasının 12 aylık ön verilerinde; en az cinsel işlev bozukluğu olanzapinle görülürken ketiyapin ikinci sırada yer almış. Yine de olanzapin kullanımı ile CİB oranları %50'yi aştığı görülmüş.¹⁶¹ Aynı çalışmanın üç yıllık izlemi sonunda; olanzapinin, risperidon, amisülpirid, klozapin, oral ve depo form tipik antipsikotiklere göre daha az libido kaybına sebep olduğu bildirilmiş.¹⁶²

Olanzapin ile risperidon tedavilerinin cinsel işlevler üzerinde etkileri arasında farkın gösterilemediği çalışmalar da vardır. Byerly ve ark.¹⁶³, şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı, monoterapi olarak olanzapin, ketiyapin veya risperidon kullanan 238 hastada kesitsel olarak cinsel işlevleri değerlendirmişler; ketiyapinin olanzapin ve risperidona göre daha az CİB'na yol açtığını, olanzapin ve risperidon arasında anlamlı fark olmadığını bildirmişler.

Aripiprazolün tedavi dozlarında neredeyse hiç antikolinergik etkisi olmadığı bildirilmiş. Bu özellikleri CİB için düşük riskli olabileceğini düşündürmektedir.⁷³

Tedaviye direnç nedeniyle aripiprazole geçilen 27 hastada (4 hastada amisüpiridden, 9 hastada risperidondan, 3 hastada ketiyapinden, 9 hastada olanzapinden, 1 hastada klozapinden, 1 hastada zuklopentiksolden); 12. haftada hem prolaktin düzeylerinde hem de erkeklerde erektil ve ejakülatuar işlev bozukluklarında; kadınlarda menstrüel düzensizlikler, uyarılma ve orgazm bozukluklarında; 26. haftada ise her iki cinsten libidoda anlamlı düzelmeler ve cinsel hayattan genel tatminde artış gösterilmiş. Çalışmadaki hastaların yaklaşık yarısında önceki antipsikotik tedavisine de aripiprazole ek olarak devam edilmiş.¹⁶⁴



6 SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada; tam remisyonda ve aktif cinsel hayatı olan İki Uçlu Bozukluk hastaları, cinsel işlev bozukluğu (CİB) olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayrılmış; her iki grup arasındaki demografik ve klinik veriler karşılaştırılarak, cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili olabilecek verilerin saptanması ve tartışılması amaçlanmıştır. Bu amaçla evlilik uyumu, içselleştirilmiş damgalanma, yaşam kalitesi ve kullanılan ilaçların cinsel işlev bozukluğu ile ilişkisi araştırılmıştır.

Bu çalışmada; kadın hastaların istek ve orgazm alanlarında erkek hastalara göre daha fazla sorun yaşadığı; hastaların %45'inde evlilik uyumunun az olduğu ancak cinsiyetin evlilik uyumunu yordamada önemli bir etkiye sahip olmadığı; hastalar iyileşme döneminde olsalar bile, tüm yaşam kalitesi alt ölçek puanlarının toplum normlarından düşük olduğu, özellikle emosyonel rol güçlüğü, fiziksel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon alt ölçek puanlarında toplum normlarından belirgin fark olduğu; erkek hastalarda damgalanma ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme alanlarında, erkek hastaların kadınlara göre daha fazla sorun yaşadığı; BMI ortalamasının cinsel işlevleri olumsuz etkilediği; CİB olan grupta evlilik uyum oranlarının daha düşük olduğu; CİB olan grupta genel sağlık ve fiziksel bileşen özet skoru (PCS) alt ölçek puanlarının daha düşük olduğu; tüm hastaların %31,7'sinde CİB olduğu, ilaç kullanımı ile CİB tanısı alıyor olma ilişkisine bakıldığında tek başına AP kullananlarda, AP+DD kullananlardan daha az oranda CİB olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlara göre; evlilik uyumunun cinsel işlevler üzerinde olumsuz etkisinin olduğu; kadınların cinselliğin istek ve orgazm aşamasında daha fazla sorun yaşadıkları; hastaların tüm yaşam kalitesi alanlarında belirgin sorunlar yaşadığı; erkeklerin damgalanmayı daha yoğun bir şekilde yaşadıkları; CİB ve yaşam kalitesi ilişkisinde fiziksel rolün ruhsal rolden daha etkili olabileceği; çoklu ilaç kullanımının CİB ile daha fazla ilişkili olabileceği ve az sayıda ilaç kullanımının ve ılımlı dozda atipik AP kullanımının cinsellik üzerine olumsuz etkileri en aza indirme açısından önemli olabileceği düşünülmüştür.

Sonuç olarak, İUB hastalarının izlemi sırasında; cinsel işlevleri hastaların kendiliğinden dile getirme oranlarının az olması göz önüne alındığında cinsel işlevlerin klinisyen tarafından sorgulanmasına önem verilmesi, cinsel işlev bozukluğu fark edildiğinde tedavisi için çaba gösterilmesi, gerektiğinde cinsel terapiye yönlendirilmesi, cinsel işlevleri olumsuz etkileyen tedavilerin en aza indirgenmeye çalışılması ve bu nedenle gereksiz

medikasyonlardan kaçınılması, kilo kontrolü ve metabolik parametrelerin izlemde göz ardı edilmemesi, evlilik uyum sorunlarının ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmüştür.



7 ÖZET

Bu çalışmada; KOÜ psikiyatri polikliniğinde ayaktan takip edilmekte olan remisyon dönemindeki İki Uçlu Bozuluk hastalarında, cinsel işlevlerin değerlendirilmesi; cinsel işlevlerin sosyodemografik veriler, klinik veriler, evlilik uyumu, yaşam kalitesi, içselleştirilmiş damgalanma hissi ve belirlenmiş ilaç kullanımı ile cinsel işlevler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmaya; 12 aylık süre içerisinde KOÜ psikiyatri polikliniğinden ayaktan takip ve tedavi alan, DSM V'e göre İUB tanı ölçütlerini karşılayan, 18-65 yaş arası, ölçekleri doldurabilecek bilişsel kapasiteye sahip, Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) ile Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) <7 ve en az 2 aydır ötimik düzeyde olan 60 hasta dahil edildi. Çalışma kapsamındaki tüm bireylere Tanıtıcı Bilgi Formu, Evlilik Uyum Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği uygulandı.

Çalışmamızda; kadınların erkeklere göre cinseliğin istek ve orgazm aşamalarında daha fazla sorun yaşadığı, iyileşme döneminde olsalar bile hastaların yaşam kalitesinin sağlıklı kişilere göre belirgin düşük olduğu, erkek hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın daha fazla olduğu, BMI yüksek olanlarda daha fazla CİB olduğu, yatış sayısı daha fazla olanlarda CİB'in daha az olduğu, yaşam kalitesi ile CİB arasında genel anlamda ilişki olmadığı ancak fiziksel bileşen skorunun (PCS) düşüklüğü ile CİB arasında ilişki olduğu, evlilik uyumunun CİB ile ilişkili olduğu ve tek AP kullananlarda CİB sıklığının AP ve DD alanlara göre daha az olduğu bulunmuştur.

İUB hastalarında; evlilik sorunlarının cinsel yaşam kalitesindeki bozulmayla ilişkili olabileceği, erkeklerin içsel damgalanmaya daha açık oldukları, CİB ve yaşam kalitesi ilişkisinde fiziksel rolün ruhsal rolden daha etkili olabileceği, hastaların kilo kontrolünün cinsel işlevsellik açısından da önemli olduğu, çoklu ilaç kullanımının CİB ile daha fazla ilişkili olabileceği ve az sayıda ilaç kullanımının ve ılımlı dozda atipik AP kullanımının cinsellik üzerine olumsuz etkileri en aza indirme açısından önemli olabileceği düşünülmüştür.

İUB hastalarının izlemi sırasında, cinsel işlevlere olumlu etkisi olabileceği için; çoklu ilaç tedavilerinden kaçınılmasının, kilo kontrolünün, evlilik uyum sorunlarının ve fiziksel

yaşam kalitesini etkileyebilecek unsurların değerlendirilmesinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, Cinsel işlevler, yaşam kalitesi, evlilik uyumu, damgalanma, ilaç tedavisi



ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate sexual functioning and the relationship between sexual functioning and demographic and clinical characteristics, marital adjustment, quality of life, internalized feelings of stigma and drug use in remitted outpatients with Bipolar Disorder.

60 outpatients between 18-65 years of age, followed-up in psychiatry clinic in an 12 months period were included in this study. Other inclusion criterias were; to meet the diagnostic criteria for BPD according to DSM V, to be in full remission at least for 2 months, to have an adequate cognitive capacity to complete the scales, to have a Young Mania Rating Scale (YMRS) <7 and Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) <7. Marital Adjustment Scale, Arizona Sexual Experience Scale, Internalized Stigma of Mental Illness Scale and SF-36 quality of life questionnaire were administered to all participants in the study group.

We found that, females have more problems than males in terms of sexual desire and orgasm, patients have poor life quality compared to healthy people even they are in remitted period, male patients demonstrated more internalized stigma, patients with high BMI scores have more sexual dysfunction, patients with the greater number of hospitalizations have less sexual dysfunction, any relation between sexual functioning and total quality of life is found, but may be a relation between sexual functioning and low physical component score of quality of life (PCS), marital adjustment is found to be related with sexual dysfunction and lastly the patients that use a single antipsychotic found to have less sexual dysfunction compared to patients using antipsychotic with a mood stabilizer.

In BPD patients, the negative impact of marital problems may cause deterioration in the quality of sexual life, males with BPD may show tendency to internalized stigmatization, physical role may influence sexual functioning more than mental role. Weight control can be critical in terms of sexual functioning, multi-drug use may be related with sexual dysfunction, avoiding multi-drug use and using moderate doses of a single atypical antipsychotic may be valuable in order to minimize sexual dysfunction in patients with BPD.

During the clinical follow-up of BPD patients, there may be a positive effect on sexual function; the avoidance of multiple medications, weight control, adjustment problems in

their marriage and the factors that may affect the physical quality of life should be considered to evaluate.

Keywords: Bipolar disorder, sexual functioning, quality of life, marital adjustment, internalized stigma, medication



8 EKLER

EK-I TANITICI BİLGİ FORMU

Klinik Bilgiler

- 1) Psikiyatrik tanı:
- 2) Kullandığı ilaçlar: (molekül, doz/gün)
- 3) Son kullanılan tedavinin süresi:
- 4) Yatış sayısı:
- 5) Atak sayısı:
- 6) Hastalık süresi:

Demografik bilgiler

- 7) Yaş.....
- 8) Cinsiyet.....
- 9) Beden kitle göstergesi:
- 10) Eğitim durumu (yıl olarak):
- 11) Meslek:
- 12) Şuanki çalışma durumu:
- 13) İkamet yeri :

Kişisel bilgiler ile ilgili sorular (evlilik/cinsellik)

- 14) Evlenme şekliniz?
() tanışarak () görücü usulü () diğer.....
- 15) Evlilik yaşıınız:
- 16) Ne kadar süredir evlisiniz ?.....
- 17) Kaç çocuğunuz var?.....
- 18) Evde yaşayan kişi sayısı?.....
- 19) Es ve çocuklar dışında evde yaşayan var mı? () var () yok
- 20) Evinizde size ve eşinize ait bir odanız var mı? () var () yok
- 21) Sigara kullanımı:
() var..... () yok
- 22) Alkol/Madde kullanımı:
() var..... () yok
- 23) Psikiyatrik Hastalık öncesi cinsel yakınma var mı? :
() var () yok
- 24) İlaç kullanımı öncesi cinsel yakınma var mı? :
() var () yok
- 25) Cinsel yakınmalarınızın kullandığınız ilaçlarla ilişkisi olduğunu düşünüyor musunuz ?
() evet () hayır

- 26) Cinsel yakınmalarınızın psikiyatrik hastalık ile ilişkili olduğunu düşünüyor musunuz?
 evet hayır
- 27) Ailenizin cinsel konulara tutumu nasıldı?
 baskıcı rahat/ hoşgörülü
- 28) Evliliğinizi / ilişkinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
 iyi orta kötü
- 29) Eşinizle cinsel konularda konuşur musunuz?
 evet hayır
- 30) Eşinizin eğitim durumu (yıl olarak):
- 31) Eşinizin mesleği:
- 32) Eşinizin evlilik yaşı
- 33) Eşinizin çalışma düzeni:
Haftalık çalışma süresi
- 34) Eşiniz sigara kullanıyor mu?
 evet..... hayır
- 35) Eşiniz alkol veya madde kullanıyor mu?
 evet..... hayır
- 36) Eşinizin sürekli ilaç kullanımını gerektiren bir rahatsızlığı var mı?
 evet..... hayır
- 37) Eşinizin bedensel hastalığı var mı ?
 evet..... hayır
- 38) Eşinizde cinsellikle ilgili sorun var mı?
 var yok
 istek sertleşme boşalma
 istek/uyarılma doyum/boşalma

EK-II ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ

Lütfen her madde için bugün de dahil geçen haftaki durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. Oldukça istekli | 4. Biraz isteksiz |
| 2. Çok istekli | 5. Çok isteksiz |
| 3. Biraz istekli | 6. Tamamen isteksiz |

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?

- | | |
|------------------|----------------|
| 1. Oldukça kolay | 4. Biraz zor |
| 2. Çok kolay | 5. Çok zor |
| 3. Biraz kolay | 6. Oldukça zor |

Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir? (kadın)

Penisiniz / cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü? (erkek)

- | | |
|------------------|---------------|
| 1. Oldukça kolay | 4. Biraz zor |
| 2. Çok kolay | 5. Çok zor |
| 3. Biraz kolay | 6. Asla olmaz |

Ne kadar kolay orgazmolursunuz? (kadın) Ne kadar kolay boşalırsınız? (erkek)

- | | |
|------------------|-------------------|
| 1. Oldukça kolay | 4. Biraz zor |
| 2. Çok kolay | 5. Çok zor |
| 3. Biraz kolay | 6. Asla boşalamam |

Orgazmınız tatmin edici midir? (kadın) Boşalmanız tatmin edici midir? (erkek)

- | | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| 1. Oldukça tatmin edici | 4. Pek tatmin etmiyor |
| 2. Çok tatmin edici | 5. Çok tatmin etmiyor |
| 3. Biraz tatmin edici | 6. Orgazma ulaşamam/Hiç boşalamam |

EK-III EVLİLİK UYUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda eşlerin evlilik ilişkileri ile ilgili olarak 15 madde bulunmaktadır her maddeyi dikkatlice okuduktan sonra size uygun olan seçeneği işaretleyiniz lütfen hiçbir ifadeyi boş bırakmayınız. İçten ve doğru verdiğiniz yanıtlar için teşekkür ederiz.

1) Ölçeğin birinci maddesinde, **evliliğinizdeki mutluluk düzeyini tüm yönleri ile en iyi tanımladığına inandığınız noktayı daire içine alınız.** Ortadaki “mutlu” sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil etmekte ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliğinde çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliğinde çok büyük bir doyum ve mutluluk duyan küçük bir azınlığı temsil ederek derecelendirilmiş bulunmaktadır.

0	1	2	3	4	5	6
Çok mutsuz		Mutlu			Çok Mutlu	

Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki anlaşma ya da anlaşmazlık derecesini yaklaşık olarak belirtiniz. Lütfen her maddeyi belirtiniz. Yukarıdaki ilk maddeyi atlamayınız.

	Herzaman anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Arasız anlaşamadığımız olur	Sıklıkla anlaşamayız	Hemen Her zaman anlaşamayız	Hiç anlaşamayız
2.Aile bütçesini idare etme						
3. Boş zaman etkinlikleri						
4. duyguların ifadesi						
5. Arkadaşlar						
6. Cinsel ilişkiler						
7.Toplumsal kurallara uyma (doğru, iyi veya uygun davranış)						
8. Yaşam felsefesi						
9.EşinAkrabaları ile anlaşma						

Lütfen aşağıdaki maddelerde evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabı işaretleyiniz.

10. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle

- Erkeğin susması ile Kadının susması ile
 Karşılıklı anlaşmaya varılarak sonuçlanır

11. Ev dışı faaliyetlerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

- Hepsini Bazılarını Çok azını Hiçbirini

12. Boş zamanlarınızda aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

- Dışarıda bir şeyler yapmayı Evde oturmayı

Eşinizle genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

- Dışarıda bir şeyler yapmayı Evde oturmayı

13. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?

- Sık sık Arada sırada Çok seyrek Hiçbir zaman

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

- Aynı kişiyle evlenirdim Farklı kişiyle evlenirdim Hiç evlenmezdim

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açarmısınız?

- Hemen hemen hiçbir zaman Nadiren Çoğu konularda Her konuda

1) Evet, oldukça kısıtlıyor 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

2) Evet, biraz kısıtlıyor

G- Bir iki kilometre yürüme

1) Evet, oldukça kısıtlıyor

3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

2) Evet, biraz kısıtlıyor

H- Bir kaç sokak öteye yürüme

1) Evet, oldukça kısıtlıyor

3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

2) Evet, biraz kısıtlıyor

İ- Bir sokak öteye yürüme

1) Evet, oldukça kısıtlıyor

3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

2) Evet, biraz kısıtlıyor

J- Kendi kendine banyo yapma veya giyinme

1) Evet, oldukça kısıtlıyor

3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

2) Evet, biraz kısıtlıyor

4- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

A- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?

1) Evet

2) Hayır

B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?

1) Evet

2) Hayır

C- İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu?

1) Evet

2) Hayır

D- İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)

1) Evet

2) Hayır

5- Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (Örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

A- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?

1) Evet

2) Hayır

B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?

1) Evet

2) Hayır

C- İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?

1) Evet

2) Hayır

6- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

a) Hiç etkilemedi

c) Orta derece

d) Oldukça etkiledi

b) Biraz etkiledi

etkiledi

e) Aşırı etkiledi

7- Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

a) Hiç

c) Hafif

e) Şiddetli

b) Çok hafif

d) Orta

f) Çok şiddetli

8- Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

a) Hiç etkilemedi

c) Orta derece

d) Oldukça etkiledi

b) Biraz etkiledi

etkiledi

e) Aşırı etkiledi

9- Aşağıdaki sorular sizi son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

A- Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?

a) Her zaman

c) Oldukça

e) Nadiren

b) Çoğu zaman

d) Bazen

f) Hiçbir zaman

B- Çok sinirli bir insan oldunuz mu?

a) Her zaman

c) Oldukça

e) Nadiren

b) Çoğu zaman

d) Bazen

f) Hiç bir zaman

C- Sizi hiçbir şeyin neşelendirmeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?

a) Her zaman

c) Oldukça

e) Nadiren

b) Çoğu zaman

d) Bazen

f) Hiçbir zaman

D- Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?

a) Her zaman

c) Oldukça

e) Nadiren

b) Çoğu zaman

d) Bazen

f) Hiç bir zaman

E- Kendinizi enerjik hissettiniz mi?

a) Her zaman

- b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman
c) Oldukça e) Nadiren

F- Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?

- a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiç bir zaman

G- G-Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?

- a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiç bir zaman

H- Kendinizi mutlu hissettiniz mi?

- a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman

İ- Kendinizi yorgun hissettiniz mi?

- a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman

10- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?

- a) Her zaman c) Bazen e) Hiç bir zaman
b) Çoğu zaman d) Nadiren

11- Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

A- Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.

- a) Kesinlikle doğru c) Bilmiyorum e) Kesinlikle yanlış
b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış

B- Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.

- a) Kesinlikle doğru c) Bilmiyorum e) Kesinlikle yanlış
b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış

C- Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.

- a) Kesinlikle doğru c) Bilmiyorum e) Kesinlikle yanlış
b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış

D- Sağlığım mükemmel.

- a) Kesinlikle doğru c) Bilmiyorum e) Kesinlikle yanlış
b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış

EK-V RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ (RHİDÖ)

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

Kesinlikle aynı fikirde değilim: 1

Aynı fikirdeyim: 3

Aynı fikirde değilim: 2

Kesinlikle aynı fikirdeyim: 4

1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	1	2	3	4
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	1	2	3	4
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	1	2	3	4
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	1	2	3	4
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	1	2	3	4
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	1	2	3	4
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4

13.Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4
14.Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4
15.Sırf ruhsal hastalığımın dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16.Ruhsal hastalığı olduğum için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17.Ruhsal hastalığımanın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18.İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımanın olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19.Ruhsal hastalığımın dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20.Ailemi ve arkadaşlarıımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21.Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22.Sırf ruhsal hastalığı olduğum için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23.Ruhsal hastalığı olduğum için topluma hiçbir katkı olamaz.	1	2	3	4
24.Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25.Ruhsal bir hastalığı olduğum için kimse bana yaklaşmak istemez.	1	2	3	4
26.Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27.Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28.İnsanlar ruhsal bir hastalığı olduğum için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29.Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

EK VI ETİK KURUL ONAM FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 13/16	Proje No: KOU KAEK 2014/172	Tarih : 10.06.2014			
	Arş.Gör Dr. Canan Uysal'ın sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen Klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul Üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420), Helsinki Bildirgesi (2008), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (Nisan 2013), ICH/GCP-Guideline for Good Clinical Practice (10 Haziran 1996) İnsan Denekleri İçeren Biyomedikal Araştırmaların Uluslararası Rehber Kuralları (CIOMS, 2002), Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (10 Mart 2011/6212), Biyoloji ve Tıbbin Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (4 Nisan 1997), Ek Madde -10 (6 Nisan 2011, 6225)) Resmi Gazetede 13.04.2013 tarih ve 28617 sayılı yayımlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik					
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: PROF. DR. NERMIN ERSOY						
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof.Dr. Nermin ERSOY Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	KOU Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	N. Ersoy
Prof.Dr. Dilek URAL Başkan Yrd.	Kardiyoloji	KOU Tıp Fak. Kardiyoloji AD	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Dilek Ural
Prof.Dr. B. Faruk ERDEN Üye	Farmakoloji	KOU Tıp Fak. Farmakoloji AD	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	B. Faruk Erden
Prof.Dr. Gülcan TÜRKER Üye	Pediyatri	KOU Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hst.AD	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Gülcan Türker
Prof.Dr. Yavuz GÜRKAN Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KOU TF Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Yavuz Gürkan
Prof.Dr. Hale M. KIR Üye	Biokimya	KOU Tıp Fak. Biokimya AD	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Hale M. Kir
Doç.Dr. Ayye KARSON Raporör	Fizyoloji	KOU Tıp Fak. Fizyoloji AD	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Ayye Karson
Uzm.Dr. Murat GÜVEN Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Derince Eğt. ve Arş. Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Murat Güven
Uzm.Dr. Berna A. ŞERİFLİ Üye	Halk Sağlığı	İzmit 1 Nolu AÇSAP	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Berna A. Şerifli
Ersayın İŞİK Üye	Avukat	Kocaeli Barosu	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Ersayın İşik
Yasemin ÜLSOY Üye	Hasta Hakları Temsilcisi	Sivil Üye	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Yasemin Ülsöy
Yrd.Doç.Dr. Onjen TAK	Danışman Dış Hekimi	KOU . Dış Hekimliği Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Onjen Tak
* :Toplantıda Bulunma						

9 KAYNAKÇA

1. Başterzi AD. Bipolar bozukluk tedavisi. Türkiye Klinikleri-Özel sayı. 2013;6(2):72-82.
2. Yazıcı O. Bipolar-1 ve Bipolar-2 Bozuklukları. Köroğlu E, Güleç C, ed. Psikiyatri Temel Kitabı, 2. basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2007:265-278
3. Bez Y, Güneş M, Demir S. Bipolar Bozuklukta Erken Tanıdan Remisyona: Relapsı Önleme. Türkiye Klinikleri. 2014;7(2):25-36.
4. Altınbaş K. Bipolar Bozuklukta akut mani tedavisi. Türkiye Klinikleri. 2014;7(2):37-43.
5. Aydemir Ö. Bipolar Bozukluğa Yönelik Tutumlar Ve Damgalama. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 2004;12:61-64.
6. Aydemir Ö. İki Uçlu Bozuklukta Damgalanma Hissinin İşlevsellik Üzerine Etkisi. Journal of Mood Disorders. 2013;3(4):141-145.
7. Yılmaz EE, Güler J, İncesu C. Psikiyatrik ilaç Tedavilerine Bağlı Cinsel İşlev Bozuklukları. Nöropsikiyatri Arşivi. 2011;48(1):7-15.
8. Işık E, Işık U. Bipolar Bozukluk Kavramı, Sınıflandırma ve Epidemiyolojisi. Işık E, Işık U, ed. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara:Rotatıp Kitabevi. 2013:327-334.
9. Nurmedov S, Darçın AE, Noyan CO. Bipolar Bozukluğun Sürdürüm Tedavisi. Türkiye Klinikleri-Özel sayı. 2014;7(2):44-50
10. Akiskal HS. Duygudurum Bozuklukları: Tarihsel gelişimi ve Kavramının Tanıtımı. Sadock BJ, Sadock VA, ed (çev. ed. Aydın H, Bozkurt A, çev. ed.). Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. basım. Ankara:Güneş Kitabevi. 2007:1559-1575
11. Çam O, Çuhadar D. Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İşlevsellik Düzeyi ve İçselleştirilmiş Damgalama Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Gümüşhane University Journal of Health Sciences. 2013;2(2):230-246.
12. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. J Affect Disord. 2001;67:3-19.
13. Yazıcı O, Çakıcı S. Duygudurum Bozuklukları. Kulaksızoğlu IB, Tükel R, Üçok A, ed. Psikiyatri Kitabı, 1. basım. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi. 2009:106-129.

14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III), 3.basım. Spitzer RL, ed. Washington DC. Ankara: American Psychiatric Association. 1980.
15. Dunner DL, Fleiss JL, Fieve RR. The course of development of mania in patients with recurrent depression. American Journal of Psychiatry. 1976;133:905-908.
16. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-III-TR), 2.basım. Köroğlu E, çev. ed. Ankara:Hekimler Yayın Birliği. 1991
17. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Tam Metin (DSM-IV), 4.basım. Köroğlu E, çev. ed. Ankara:Hekimler Yayın Birliği. 1996.
18. Amerikan Psikiyatri Birliği. Köroğlu E, çev. ed. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), 4. basım. Ankara:Hekimler Yayın Birliği. 2007.
19. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (DSM-5). Köroğlu E, çev. ed. Ankara:Hekimler Yayın Birliği. 2013.
20. Duygulanım Bozuklukları. Öztürk MO, Uluşahin A, ed. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. basım. Ankara:Nobel Tıp Kitabevi. 2008:337-427.
21. Bellivier F, Golmard J, Rietschel M. Age at onset in Bipolar I Affective Dis Further evidence for three subgroups. Am J Psych. 2003;160:999-1001.
22. Rihmer Z, Angst J. Duygudurum Bozuklukları: Epidemiyolojisi. Sadock BJ, Sadock VA, ed (çev. ed. Aydın H, Bozkurt A, çev. ed.). Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. basım. Ankara:Güneş Kitabevi. 2007:1575-1582
23. Ayhan Y, Akkaya Y, Çalı AE. Bipolar Afektif Bozuklukta Güncel Genetik Bulgular. Türkiye Klinikleri-Özel sayı. 2013;6(2):1-13.
24. Arısoy Ö, Oral ET. Bipolar Bozuklukla İlgili Genetik Araştırmalar: Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 2009;20(3):282-293.
25. Sourney D, Mussat I, Mendlewicz J. Genetics of BPD. Journal of Affective Disorders. 2000;18:278-286.
26. Squassina A, Manchia M, Costa M ve ark. Age at onset in bipolar disorder: Investigation of the role of TaqIA polymorphism of DRD2 gene in a Sardinian sample.

- European Psychiatry. 2011;26:141–143.
27. Backlund L, Nikamo P, Sudic Hukic D ve ark. Cognitive manic symptoms associated with the P2RX7 gene in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2011;13:500–508.
 28. Roussos P, Giakoumaki SG, Georgakopoulos A, Robakis NK, Bitsios P. The CACNA1C and ANK3 risk alleles impact on affective personality traits and startle reactivity but not on cognition or gating in healthy males. *Bipolar Disorders.* 2011;13(3):250–259.
 29. Özen ME. İki Uçlu Bozuklukta Triptofan Hidroksilaz Geni Poliporfizmi: Bir Ön Çalışma. Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Gaziantep 2004.
 30. Akdeniz F. Bipolar bozukluk. Işık E, Taner E, Işık U, ed. Güncel klinik psikiyatri, 2. basım. Ankara:Golden Print Matbaası. 2008:155-171.
 31. Thease ME. Duygudurum Bozuklukları: Nörobiyolojisi. Sadock BJ, Sadock VA, eds (Aydın H, Bozkurt A, çev. ed.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8. basım. Ankara: Güneş Kitabevi. 2007: 1594- 1603
 32. Dinan T, Bauer M. Neuroendocrinology of Bipolar Illness. Yatham LN, Maj M, eds. *Bipolar Disorder.* Chichester: John Wiley & Sons Ltd. 2010:255-262
 33. Duygudurum Bozukluklarının Nörokimyası. Delgado PL, Moreno FA. Oral ET, çev. ed. *Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı*, 1. basım. İstanbul: Sigma yayınları. 2007:101-116.
 34. Kunz M, Cereser KM, Goi PD ve ark. Serum levels of IL-6, IL-10 and TNF- α in patients with bipolar disorder and schizophrenia: differences in pro- and anti-inflammatory balance. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2011;33(3):268-274.
 35. Vahip S. Bipolar Depresyon. *Klinik Psikiyatri.* 2004;Ek 1:41-44.
 36. Uluşahin A. Bipolar Bozukluk Tedavisi. Yüksel N, ed. *Temel Psikofarmakoloji*, 1.basım. Ankara:Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2010:753-766.
 37. Vahip I. Hastaya Temel Yaklaşım ve Sağaltım İlkeleri. Aydemir Ö, Uluşahin A, Akdeniz F, ed. *İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Klavuzu*, 1. basım. Ankara:Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2010:5-20.
 38. Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı. Öztürk MO, Uluşahin A, ed. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 11. basım. Ankara:Nobel Tıp Kitabevi. 2008:824-939.
 39. Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi. *Psikiyatride*

- Güncel Yaklaşımlar. 2010;2(2):206-236.
40. Şengül C, Şengül CB, Okay T, Dilbaz N. Ellibeşinci Yılında Lityumun Öyküsü. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2004;14:50-56.
 41. Tunca Z, Özerdem. Duygudurum Dengeleyiciler. Yüksel N, ed. Temel Psikofarmakoloji, 1.basım. Ankara:Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2010:719-752.
 42. Yağcıoğlu EA. Antipsikotikler-Genel Özellikler. Yüksel N, ed. Temel Psikofarmakoloji, 1.basım. Ankara:Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2010:767-788.
 43. Gülseren L. Klasik Antipsikotikler. Yüksel N, ed. Temel Psikofarmakoloji, 1.basım. Ankara:Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2010:789-805.
 44. Kesebir S. Bipolar Bozuklukta Antipsikotik Tedavi İlkeleri. Türkiye Klinikleri- Özel sayı. 2014;7(2):51-55.
 45. Tuğlu C. Antipsikotiklerin Bipolar Bozuklukta Kullanımı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2008;18(2):50-56.
 46. Ahlfors UG, Bastrup PC, Dencker SJ ve ark. Flupenthixol decanoate in recurrent manic-depressive illness. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1981;64(3):226-237.
 47. Naylor G, Scott C. Depot antipsychotics for affective disorders. British Journal of Psychiatry. 1980;136:105.
 48. Lowe M, Batchelor D. Depot neuroleptics and manic depressive psychosis. International Clinical Psychopharmacology. 1986;1(1):53-62.
 49. Yağcıoğlu EA, Gürel ŞC. Atipik Antipsikotikler. Yüksel N, ed. Temel Psikofarmakoloji, 1.basım. Ankara:Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2010:806-865.
 50. Özerdem A, Tunca Z. Hipomanik-Manik-Karma Dönemin Sağaltımı. Aydemir Ö, Uluşahin A, Akdeniz F, ed. İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Klavuzu, 1. basım. Ankara:Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2010:21-40.
 51. Perlis RH, Welge JA, Vornik LA, Hirschfeld RMA, Keck PE. Atypical antipsychotics in the treatment of mania: A meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. Journal of Clinical Psychiatry. 2006;67:509-516.
 52. Yatham LN, Paulsson B, Mullen J, Vagero M. Quetiapine versus placebo in combination with lithium or divalproex for the treatment of bipolar mania. Journal Clinical Psychopharmacology. 2004;24:599-606.
 53. Sağlıklı ve Mutlu Cinsel Yaşam. İncesu C, ed. Cinsel Yaşam ve Sorunları. İstanbul:CETAD (Cinsel Eğitim ve Tedavi Araştırma Derneği). 2006:11-18

54. Developing sexual health programmes. World Health Organization. WHO/RHR/HRP/10.22. 2010.
55. Sadock VA. Normal İnsan Cinselliği ve Cinsel işlev bozuklukları. Sadock VA, Sadock BJ, ed. (Aydın H, Bozkurt A, çev. Ed.) Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. basım. Ankara: Güneş Kitabevi. 2007:1902-1936.
56. Kayır A, Özdemir Ö. İnsanda Cinsellik. Köroğlu E, Güleç C, ed. Psikiyatri Temel Kitabı, 2. basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2007:416-421.
57. İncesu C. Cinsel İşlevin Fizyolojisi. Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi. 1998;1:3-11.
58. Kadın ve Erkek Cinselliği. İncesu C, ed. Cinsel Yaşam ve Sorunları. İstanbul:CETAD (Cinsel Eğitim ve Tedavi Araştırma Derneği). 2006:19-42.
59. İncesu C. Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2004;7:3-13.
60. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. Current Psychiatry Reports. 2000;2(3):189-195.
61. Uzbay T, Yüksel N. Antidepresanlar ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Klinik Psikiyatri. 2004;Ek 3:14-24.
62. Anil Kumar MN, Pai NB, Rao S, Rao TSS, Goyal N. Biology of sexual dysfunction. Online Journal of Health and Allied Sciences. 2009;8(1):7-10.
63. Pfaus JG. Pathways of sexual desire. Journal of Sexual Medicine. 2009;6(6):1506–1533.
64. Koçak YE. Erken Boşalması olan Hastalarda Bilişsel İşlevlerin Hastalığı Şiddeti ile olan İlişkisi. Uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul. 2009
65. İncesu C. Cinsel İşlev Bozuklukları. Köroğlu E, Güleç C, ed. Psikiyatri Temel Kitabı, 2. basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2007:422-432
66. Cinsel İşlev Bozuklukları. İncesu C, ed. Cinsel Yaşam ve Sorunları. İstanbul:CETAD (Cinsel Eğitim ve Tedavi Araştırma Derneği). 2006:63-106.
67. İncesu C. Dsm-5 ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Nöropsikiyatri Arşivi. 2011;48(1):1-6.
68. Moreira ED, Glasser DB, Nicolosi A ve ark. Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. BJU International.

2008;101(8):1005-1011.

69. Sungur MZ. Erkek Cinsel İşlev Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*. 1999;2:60-64.
70. Boyacıoğlu GS. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*. 1999;2:54-59.
71. Pehlivan K. Kadın Psikiyatrik Hastaların Cinsel Yaşam, Evlilik, Aile Planlaması ve Kontrasepsiyon, Gebelik ve Çocuk Sahibi Olma, Aids Ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Açısından Riskli Davranışlarının Genel Populasyonla Karşılaştırmalı Çalışması. Uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul. 2004
72. Raja M, Azzoni A. Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses. *European Psychiatry*. 2003;18(2):70-76.
73. Kuloğlu M, Ekinci O. Yeni Nesil Antipsikotikler ve Cinsel İşlev Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*. 2008;11:191-199.
74. Ben Mahmoud S, Zouari L, Dammak M ve ark. Evaluation of sexuality in 61 subjects suffering from chronic psychosis. *Sexologies*. 2013;22(2):59-63.
75. Perlman CM, Martin L, Hirdes JP ve ark. Prevalence and predictors of sexual dysfunction in psychiatric inpatients. *Psychosomatics*. 2007;48:309-318.
76. Karadağ F, Hariri AG, Kenar J. Şizofreni ve İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Olan Hastalarda Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara Karşı Farkındalık ve Riskli Cinsel Davranışlar. *Klinik Psikiyatri*. 2004;7:17-25.
77. Kara Özer S, Uluşahin A, Kabakçı E. Bipolar hastalarda ataklar arası dönemde tedavi ve gidiş ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;12(2):111-120.
78. Raboch J. Sexual development and life of psychiatric female patients. *Archives of Sexual Behavior*. 1986;15:341-53.
79. Coryell W, Scheftner W, Keller M ve ark. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *American Journal of Psychiatry*. 1993;150(5):720-727.
80. Kristensen E, Jorgensen P. Sexual function in lithium-treated manic-depressive patients. *Pharmacopsychiatry*. 1987;20(4):165-167.
81. Kockott G, Pfeiffer W. Sexual disorder in nonacute psychiatric outpatients. *Comprehensive Psychiatry*. 1996;37(1):56-61.
82. Nagaraj AK, Nizamie HS, Akhtar S, Sinha BN, Goyal N. A Comparative Study of Sexual Dysfunction due to Typical and Atypical Antipsychotics in Remitted Bipolar-I Disorder. *Indian Journal of Psychiatry*. 2004;46(3):261-266.

83. Zemishlany Z, Weinzman A. The Impact of Mental Illness on Sexual Dysfunction. *Advances in Psychosomatic Medicine*. 2008;29:89–106.
84. Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet*. 2007;369(9559):409-424.
85. La Torre A, Giupponi G, Duffy D ve ark. Sexual Dysfunction Related to Psychotropic Drugs: A Critical Review. Part III: Mood Stabilizers and Anxiolytic Drugs. *Pharmacopsychiatry*. 2014;12;47(1):1–6.
86. Gil-Nagel A, López-Muñoz F, Serratosa JM ve ark. Effect of lamotrigine on sexual function in patients with epilepsy. *Seizure*. 2006;15(3):142–149.
87. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery&Psychiatry*. 1960;23(1):56-62.
88. Williams BW. A Structered interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of General Psychiatry*. 1978;45(8):742-747.
89. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerliği, Güvenilirliği ve Klinikte Kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4:251-259.
90. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği. Köroğlu E, Aydemir Ö, ed. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*, 6. Basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2012:135-146.
91. Blacker D. *Diagnosis and Psychiatry: Examination of The Psychiatric Patient*. Sadock VA, Sadock BJ, ed. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7. basım. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers. 2000:1635-1663.
92. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*. 1978;133:429–435.
93. Karadağ F, Oral ET, Yalçın FA, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;13(2):107-114.
94. Young Mani Derecelendirme Ölçeği. Köroğlu E, Aydemir Ö, ed. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*, 6. Basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2012:117-128.
95. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği. Köroğlu E, Aydemir Ö, ed. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*, 6. Basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2012:383-386.
96. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA ve ark. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000;26:25-40.

97. Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *International Society for Impotence Research*. 2004;16(6):531–534.
98. Locke HJ, Wallace KM. Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*. 1959;21(3):251–255.
99. Tutarel-Kışlak Ş. Evlilikte uyum ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1999;7(1):55-65.
100. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized Stigma Of Mental İllness: Psychometric Properties Of A New Measure. *Psychiatric Research*. 2003;121(1):31-49.
101. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(2):163–171.
102. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memis A. Validity and reliability of Turkish version of Short form 36: A study of a patients with romatoid disorder. *Journal of Drug and Therapy (in Turkish)*. 1999;12:102-106.
103. Demiral Y, Ergör G, Ünal B ve ark. Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health*. 2006;6:247.
104. Üstündağ MF, Kesebir S. Internalized Stigmatization in Bipolar Patients: Relationship with Clinical Properties, Quality of Life and Treatment Compliance. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2013;24(4):231-239
105. Yazla E, İnanç L, Bilici M. İki Uçlu Bozukluk Manik Dönemdeki Hastalarda Sosyodemografik Özellikler, Klinik Belirtiler ve İşlevsellik Seviyesinin Birbiriyle İlişkisi ve Cinsiyete Göre Farklılıkları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2012;25:221–229.
106. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL ve ark. Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1995;152:1635-1640.
107. Saka MC, Özer S, Uluşahin A. Bipolar Bozukluk Bir Yıllık İzlem Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(4):283-292.
108. Bellantuono C, Barraco A, Rossi A, Goetz I. The management of bipolar mania: a national survey of baseline data from the EMBLEM study in Italy. *BMC Psychiatry* 2007;7:33.
109. Turhan N. Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme. Uzmanlık tezi, Çukurova

- Üniversitesi Tıp Fakültesi Ana Bilim Dalı. Adana. 2007.
110. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Ankara:Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). 2012
 111. Erberk E, Beştepe E, Akar H, Eradamlar N, Alpkan L. Evlilik uyumu. *Düşünen Adam*. 2005;18(1):39-47.
 112. Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. Psikiyatrik Açıdan Evlilik ve Cinsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2009;1:68-79.
 113. Özbey S. Ebeveynlerin Evlilik Uyumu ve Algıladıkları Sosyal Destek ile Altı Yaş Çocuklarının Problem Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2012;20(1):43-62.
 114. Kocadere M. İyi ve Kötü Evliliklerin Özelliklerini Belirlemeye Yönelik Betimsel Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir. 1995.
 115. Şener A, Terzioğlu RS. Ailede eşler arasında uyuma etki eden faktörlerin araştırılması. Ankara:T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. 2002
 116. Ünal G. Bipolar Affektif Bozukluğu olan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*. 2002;15(4):221-228.
 117. Coryell W, Akiskal H, Leon AC ve ark. Family history and symptom levels during treatment for bipolar affective disorder. *Biological psychiatry*. 2000;47(12):1034-1042.
 118. Rueslow P, Dunner DL, Bleecker B, Fieve RR. Marital adjustment in primary affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 1978;19(6):565-571.
 119. Muke SS, Ghanawat GM, Chaudhury S ve ark. Marital adjustment of patients with substance dependence, schizophrenia and bipolar affective disorder. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil University*. 2014;7(2):133-138.
 120. Levkovitz V, Fennig S, Horesh N, Barak V, Treves I. Perception of ill spouse and dyadic relationship in couples with affective disorder and those without. *Journal of Affective Disorders*. 2000;58(3):237-240.
 121. Bayraktaroğlu H, Çakıcı E. Evlilik uyumuyla ilişkili faktörler. *Eğitim Araştırmaları-Eurasian Journal of Educational Research*. 2013;53:297-312.
 122. Dell'osso L, Carmassi C, Carlini M ve ark. Sexual dysfunctions and suicidality in patients with bipolar disorder and unipolar depression. *Journal of Sexual Medicine*. 2009;6(11):3063-3070.

123. Hariri AG, Karadağ F, Gürol DT, Aksoy UM, Tezcan AE. Sexual problems in a sample of the Turkish psychiatric population. *Comprehensive Psychiatry*. 2009;50(4):353-360.
124. Keklik AC. Bipolar bozukluğu olan hastalarda metabolik sendrom ve cinsel işlev bozukluğu ilişkisinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul. 2010.
125. Ceviz H. Bipolar I bozukluğu olan hastalar ve eşlerinde cinsel işlev bozukluğu ve etkileyen faktörler. Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Edirne. 2013.
126. Türkmenoğlu M. Remisyonda bipolar I kadın ve erkek hastalarda evlilik ilişkisi ve cinsellik. Uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Uzman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul. 2003.
127. Sierra P, Livianos L Rojo L. Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disorders*. 2005;7(2):159–165.
128. Piccinni A, Catena M, Del Debbio A ve ark. Health-related quality of life and functioning in remitted bipolar outpatients. *Comprehensive Psychiatry*. 2007; 48(4):323-328.
129. Ten Have M, Vollebergh W, Bijl R, Nolen WA. Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*. 2002;68(2-3):203–213.
130. Yatham LN, Lecrubier Y, Fieve RR ve ark. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disorders*. 2004;6(5):379–385.
131. Ayuso-Mateos JL, Lasa L, Va' zquez-Barquero JL, Oviedo A, Diez-Manrique JF. Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999; 99(1):26–32.
132. Arnold LM, Witzeman KA, Swank ML, McElroy SL, Keck PE Jr. Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. *Journal of Affective Disorders*. 2000;57(1-3):235–239.
133. Leidy NK, Palmer C, Murray M, Robb J, Revicki DA: Health-related quality of life

- assessment in euthymic and depressed patients with bipolar disorder. Psychometric performance of four self-report measures. *Journal of Affective Disorders*. 1998;48 (2-3):207-214.
134. Werner, P, Aviv A, Barak Y. (2007). Self-stigma, self esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics*. 2008;20(1):174-187.
135. Aydemir Ö. Bipolar Bozukluğa Yönelik Tutumlar ve Damgalama. Taşkın EO, ed. *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, 1. basım. İzmir:Meta Basım ve Matbaacılık. 2007:156-165.
136. Hayward P, Wong G, Bright JA, Lam D. Stigma and self-Esteem in manic depression: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders*. 2002;69(1-3):61-67.
137. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients, *Psychiatry Research*. 2004;129(3):257-265.
138. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF ve ark. Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric services : A Journal of the American Psychiatric Association*. 2001;52(12):1627–1632.
139. Morselli PL, Elgie R. GAMIAN-Europe/BEAM survey I- global analysis of a patient questionnaire circulated to 3450 members of 12 European advocacy groups operating in the field of mood disorders. *Bipolar Disorders*. 2003;5(4):265-278.
140. Sarısoy G, Kaçar ÖF, Zabun-Korkmaz I, Kocamanoğlu B, Böke Ö, Pazvantoğlu O. Bipolar Bozukluk Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma ve Çok Boyutlu Yakın İlişki Özellikleri. 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bildiri Özet Kitabı. Ankara:Türk Psikiyatri Derneği. 2009:100.
141. Angermeyer MC, Matschinger H. Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2003;38(9):526-534.
142. Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD ve ark. Obesity and Sexual Quality of Life. *Obesity*. 2006;14(3):472–479.
143. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F ve ark. Association of body weight with sexual function in women. *International Journal of İmpotence Research*. 2007;19(4):353–357.
144. Yaylali GF, Tekekoğlu S, Akın F. Sexual dysfunction in obese and overweight women. *International Journal of İmpotence Research*. 2010;22(4):220–226.

145. Pinnock CB, Stapleton AM, Marshall VR. Erectile dysfunction in the community: a prevalence study. *Medical Journal of Australia*. 1999;171(7):353-357.
146. Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I ve ark. Sexual function in men older than 50 years of the health professionals follow-up study. *Annals of Internal Medicine*. 2003;139(3):161-168.
147. Çağ P, Yıldırım İ. Evlilik doyumunu yordayan ilişkisel ve kişisel değişkenler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2013;4(39):13-23.
148. Rust J, Golombok S, Collier J. Marital problems and sexual dysfunction: how are they related?. *British Journal of Psychiatry*. 1988;152:629-631.
149. Borowiecka-Karpiuk j, Dudek D, Siwek M, Jaeschke R. Spousal burden in partners of patients with major depressive disorder and bipolar disorder. *Psychiatria Polska*. 2014;48(4):773-787.
150. Lam D, Donaldson C, Brown Y, Malliaris Y. Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disorders*. 2005;7(5):431-440.
151. Ghadirian AM, Annable L, Belanger MC. Lithium, benzodiazepines, and sexual function in bipolar patients. *American Journal of Psychiatry*. 1992;149(6):801-805.
152. Aizenberg D, Sigler M, Zemishlany Z, Weizman A. Lithium and male sexual function in affective patients. *Clinical Neuropharmacology*. 1996;19(6):515-519.
153. Zuncheddu C, Carpiniello B. Sexual dysfunctions and bipolar disorder: a study of patients submitted to a long- term lithium treatment. *La Clinica terapeutica*. 2006;157(5):419-24.
154. Lorimy F, Loo H, Deniker P. Clinical effects of long-term lithium treatment on sleep, appetite and sexuality. *L'Encéphale*. 1977;3(3):227-239.
155. Grover S, Ghosh A, Sarkar S, Chakrabarti S, Avasthi A. Sexual Dysfunction in Clinically Stable Patients With Bipolar Disorder Receiving Lithium. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2014;34(4):475-482.
156. Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 1987;334:1-100.
157. Aldemir E, Akdeniz F, Altay AB ve ark. Valproate-Associated Reproductive Hormone Abnormalities: Do Bipolar Men have the Same Risk as Epileptic Men?. *Türk*

- Psikiyatri Dergisi. 2012;23(4):223-228.
158. Kesebir S, Toprak B, Baykaran B, Hariri A, Bilici M. İki Uçlu Bozuklukta Duygudurum Düzenleyici Tedavi Modaliteleri Arasında Cinsel İşlev ve Hormonal Değişkenlerin Karşılaştırılması. *Nöro Psikiyatri Arşivi*. 2014;2:42–247.
159. Knegtering H, van der Moolen AE, Castelein S, Kluiters H, van den Bosch RJ. What are the effects of antipsychotics on sexual dysfunctions and endocrine functioning?. *Psychoneuroendocrinology*. 2003;28(2):109–123.
160. Bobes J, Garc A-Portilla MP, Rejas J ve ark. Frequency of sexual dysfunction and other reproductive side-effects in patients with schizophrenia treated with risperidone, olanzapine, quetiapine, or haloperidol: the results of the EIRE study. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2003;29(2):125–147.
161. Dossenbach M, Dyachkova Y, Pirildar S ve ark. Effects of atypical and typical antipsychotic treatments on sexual function in patients with schizophrenia: 12-month results from the Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO) study. *European Psychiatry*. 2006;21(4):251–258.
162. Novick D, Haro JM, Perrin E, Saurez D, Texeira JM. Tolerability of outpatient antipsychotic treatment: 36-month results from the European Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) study. *European Neuropsychopharmacology*. 2009;19(8):542-550.
163. Byerly MJ, Nakonezny PA, Fisher R, Magouirk B, Rush AJ. An empirical evaluation of the Arizona sexual experience scale and a simple one-item screening test for assessing antipsychotic-related sexual dysfunction in outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*. 2006;81(2-3):311–6.
164. Mir A, Shivakumar K, Williamson RJ ve ark. Change in sexual dysfunction with aripiprazole: a switching or add-on study. *British Journal of Psychopharmacology*. 2008;22(3):244-253.