

**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM
DALI**

**ŞİZOFRENİK BOZUKLUKTA CİNSEL İŞLEV
BOZUKLUKLARI:
KESİTSEL BİR DEĞERLENDİRME**

Dr. Soner ÇAKMAK

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Yunus EMRE EVLİCE

ADANA- 2010

TEŐEKKÖR

Tezimin hazırlanması ve uzmanlık eğitimim süresince bana yardımcı olan; Prof. Dr. Yunus Emre EVLİCE'ye, uzmanlık eğitimime katkıda bulunan Prof. Dr. Bekir Aydın LEVENT'e, Prof. Dr. Mehmet ÜNAL'a, Prof. Dr. Nurgöl ÖZPOYRAZ'a, Doç. Dr. Őükrü UGUZ'a, tezimin hazırlanma aşamasındaki ve istatıksel konulardaki yardımlarından dolayı Doç. Dr. Lut TAMAM'a ve Yrd. Doç. Dr. Gonca KARATAŐ KARAKUŐ'a ayrıca tüm çalışma arkadaşlarıma saygılarımı sunar ve teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	SayfaNo
TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO LİSTESİ	IV
KISALTMA LİSTESİ	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Şizofrenik Bozukluk Tarihçesi	3
2.2. Şizofreni İçin Tanı Ölçütlerinin Gelişimi	3
2.3. Şizofrenik Bozukluk Sıklık ve Yaygınlığı	7
2.4. Şizofrenik Bozukluğun Oluş Nedenleri(Etiyoloji)	8
2.4.1. Genetik	8
2.4.2. Perinatal Komplikasyonlar	9
2.4.3. Beyin Görüntüleme Bulguları	9
2.4.4. Nörokimyasal Etmenler	10
2.4.5. Nörogelişimsel Varsayım	11
2.4.6. Nörodejeneratif Varsayım	11
2.5. Şizofrenik Bozukluğun Klinik Özellikleri	12
2.6. Şizofrenide Ayırıcı Tanı	13
2.7. Şizofrenide Prognoz	14
2.8. Sağaltım Yaklaşımları	15
2.8.1. Şizofrenide Akut Dönem Sağaltımı	15
2.8.2. Şizofrenide Sürdürüm Tedavisi	16
2.8.3. Şizofrenide Diğer Somatik Tedaviler	17
3. ŞİZOFRENİ ve CİNSELLİK	18
3.1. Şizofrenide Cinsel İşlev Bozukluğu Prevelansı	18
3.2. Cinsel Bozukluk Türleri	20
3.3. Seksüel Fonksiyonun Değerlendirilmesi	21
3.3.1. Ölçekler	22
3.4. İkinci Kuşak Antipsikotikler	22
3.4.1. Klozapin	23
3.4.2. Risperidon	24
3.4.3. Olanzapin	24
3.4.4. Ketiyapin	26
3.4.5. Ziprasidon	27
3.4.6. Aripiprazol	27
3.5. Cinselliğin Psikososyal Etkenleri	27
3.6. Şizofren Hastalarda Cinsellik ve Yaşam Kalitesi	29
3.7. Cinsel Bozukluk Tedavisi	30
3.8. Şizofren Hastalarda Cinsel Bozukluk Yönetimi	31

4. GEREÇ ve YÖNTEM	32
4.1. Çalışma Grubu	32
4.2. Metod	32
4.3. Veri Toplama Araçları	33
4.3.1. Psikiyatrik Bozukluk Hasta Kayıt Formu	33
4.3.2. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği	33
4.4. İstatistiksel İşlemler	34
5. BULGULAR	35
5.1. Sosyodemografik Özellikler	35
5.2. Tanısal Özellikler	36
5.3. Cinsel Sorunların Yaygınlıkları	36
6. TARTIŞMA	43
7. SONUÇ	51
8. KAYNAKLAR	52
9. EKLER	64
10. ÖZGEÇMİŞ	75

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo-1 : Şizofrenide Yaygınlık	7
Tablo-2 : Şizofrenide Sıklık	8
Tablo-3 : Özelliklerin Ağırlığına Göre Şizofrenide İyi ve Kötü Prognoz	15
Tablo-4 : Erkek Şizofren Hastalarda Yaygın Olan Cinsel ve Hormonal Bozukluk Türleri	19
Tablo-5 : Bayan Şizofren Hastalarda Yaygın Olan Cinsel ve Hormonal Bozukluk Türleri	20
Tablo-6 : Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri	35
Tablo-7 : Çalışmaya Katılanların Antipsikotik Kullanımına ve CGI Değerlerine Göre Dağılımı	36
Tablo-8 : GRCDÖ Standart Puanlarına Göre Cinsel İşlev Bozukluğu Görülme Oranları	37
Tablo-9 : GRCDÖ Alt Ölçek ve Toplam Ham Puanlarının Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı	38
Tablo-10 : Birinci ve İkinci Kuşak Antipsikotik Kullanımına Göre GRCDÖ Puanları	38
Tablo-11 : Sigara Kullanımına Göre GRCDÖ Puanları	39
Tablo-12 : CGI Değerlerine Göre GRCDÖ puanları	39
Tablo-13 : Sosyodemografik Verilere Göre GRCDÖ Puanları	40
Tablo-14 : Eğitim Durumu GRCDÖ Puanları	40
Tablo-15 : Korelasyon Tablosu	42

KISALTMA LİSTESİ

APA:	Amerikan Psikiyatri Birliği
ASEX:	Arizona Sexual Experience Scale (Arizona Seksüel Yaşantı Ölçeği)
BASIS:	The Behavior and Symptom Identification Scale (Davranış ve Belirti Tarama Ölçeği)
5-HT:	5-Hidroksi Triptofan
BKAP:	Birinci Kuşak Antipsikotik
BTAPB:	Başak Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk
CGI:	Klinik Global İndeks
CSFQ:	Changes in Sexual Functioning Questionnaire (Seksüel Fonksiyon Bozukluk Formu)
DHEA:	Dehidroksiepiandesteron
DGSFi:	Dickson Glazer Scale for the Assesment of Sexual Functioning Inventory (Dickson Glazer Seksüel Fonksiyon Değerlendirme Ölçeği)
DLPF:	Dorsolateral Prefrontal Korteks
DSFI:	Derrogatis Sexual Functioning Inventory (Azalmış Seksüel Fonksiyon Ölçeği)
DSM:	Diagnostic and Statistical Mental Disorders (Zihin Bozukluklarının Tanısal ve İstatiksel Sınıflandırması)
EKT:	Elektrokonvulsif Terapi
GABA:	Gama Aminobutirik Asit
GRCDÖ:	Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği
GRISS:	Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği)
ICD:	Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması
İKAP:	İkinci Kuşak Antipsikotik
MRG:	Manyetik Rezonans Görüntüleme
mRNA:	Mesenger Ribonüklek Asit
NADPH:	Nikotinamid Adenindinükleotid Fosfat
NMS:	Nöroleptik Malign Sendrom
PANSS:	Positive and Negative Symptom Scale (Pozitif ve Negatif Belirtiler Değerlendirme Ölçeği)
PDE:	Fosfodiesteraz
PET:	Pozitron Emisyon Tomografisi
PORT:	Şizofreni Hastalarının Sonuçlarını Araştırma Takımı
PRSexDQ:	Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire (Psikotrop İlaçlara Bağlı Seksüel Disfonksiyon Formu)
QLS:	Quality of Life Scale (Yaşam Kalitesi Ölçeği)
SCID:	Structured Clinical Interview for DSM-IV (DSM-IV İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme)
SHF:	Sexual History Form (Seksüel Öykü Formu)
TMS:	Transmanyetik Stimülasyon

ÖZET

Şizofrenik Bozuklukta Cinsel İşlev Bozuklukları: Kesitsel Bir Değerlendirme

Amaç: Bu çalışmada, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikotik Bozukluk Biriminde izlenen Şizofreni hastalarının cinsel yaşantıları açısından izlemleri, sosyodemografik verilerle cinsel yaşantılar arasında ve uygulanan farmakoterapi ile cinsel yan etkiler arasındaki bağlantının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya, 2009 ve 2010 yılında Psikotik Bozukluk Biriminde izlenen Ruh Sağlığı Bozukluklarının Tanısal ve İstatiksel Sınıflandırması-IV tanı ölçütlerine uygun Şizofreni tanılı hastalardan rastgele seçilmiş 43 hasta alınmıştır. Çalışma verileri Psikotik Bozukluk Birimi için Hazırlanmış Hasta Kayıt Formu ve Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Formlar hasta ve hasta yakınları ile görüşülerek ve poliklinik kayıtları incelenerek doldurulmuştur.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların % 25,6'sı kadın, % 74,4'ü erkek'ti. Yaş ortalaması 42,8±9,95'di. Ortalama hastalık süresi 13,2±8,53'du. Golombok-Rust Cinsel Doyum ölçeğinden elde edilen verilerle araştırmaya katılan hastaların % 74,4'ünde cinsel ilişki sıklığı, % 48,8'inde cinsel iletişim, % 27,9'unda doyum, % 48,8'inde kaçınma, % 4,65'inde dokunma alanlarında sorun belirlenmiştir. Erkek hastaların % 84,75'inde erken boşalma, % 75'inde sertleşme güclüğü, kadınların % 100'ünde vajinismus ve % 27,3'ünde anorgazmi alanlarında sorun belirlenmiştir.

Sonuç: Elde edilen veriler bu alanda yapılmış olan çalışmalarla benzer sonuçlar vermiştir.

Sonuç olarak yaşam boyu süren; ruhsal ve toplumsal olarak işlevselliği bozan Şizofrenide cinsel işlev alanında da farmakoterapiye ve hastalığın doğasına bağlı ciddi sorunlar vardır. Toplumumuzda görülen cinsel bilgi eksikliği ve bu konunun klinisyenler tarafından gözardı edilmesi gibi faktörler, hastalığın doğası, uygulanan farmakoterapi, sosyoekonomik özellikler gibi pek çok faktör bu alandaki sorunları artırmakta, hastaların yaşam kalitesini düşürmekte, tedaviye uyumu bozmaktadır. Bu konunun hastalarla konuşulması, sorun kaynaklarının belirlenerek azaltılması, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum açısından yararlı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Antipsikotik, cinsel işlev bozuklukları, şizofrenik bozukluk.

ABSTRACT

Sexual Dysfunction In Schizophrenia: A Cross-Sectional Evaluation

Objective: In this study, schizophrenic patient group who are regularly tracked in psychosis unit of Cukurova University Medical School Psychiatry Department are been investigated in respect to their sexual life. The relation between both applied pharmacotherapy, sociodemographic data and sexual experiences are being sought, as well as the link between the applied pharmacotherapy and sexual side effects.

Method: 43 patients who were subject to Diagnostic and Statistical Mental Disorders-IV diagnostic criteria for Schizophrenic Disorder are monitored by the Psychotic Disorder Unit and randomly assigned to this study. The data is collected by the use of Golombok-Rust Sexual Satisfaction Inventory and Designed Patient Registry Form. Forms are filled through the conversation with patients and their relatives; policlinic records are also utilized.

Findings: Participant patients of the study were % 25,6 female and % 74 male in gender. Mean age was $42,8 \pm 9,95$. Average duration of the disorder was $13,2 \pm 8,53$. Data obtained from the Golombok-Rust Sexual Satisfaction Inventory indicated problems in the areas of sexual intercourse frequency in % 77,4 sexual interaction in % 48,8 sexual satisfaction in % 27,9 sexual aversion in % 48,8 and sexual contact in % 4,65 of the patients. Besides, premature ejaculation at a rate of % 84,75 and erectile dysfunction at a rate of % 75 of the male patient group and vaginismus in all and anorgasm at a rate of % 27,3 of the female patient group are identified.

Conclusion: The data acquired through this study resulted in similar outcomes as with the previously handled ones in this area of interest.

Eventually, in addition to a life-long pattern of illness and social dysfunction in Schizophrenia, there are a variety of serious problems in sexual functionality due to both natural course and applied pharmacotherapy. Lack of sexual knowledge in our society and being undervalued by clinicians are some of the contributing factors to the problem, as well as the natural course of the illness, features of the pharmacotherapy, socioeconomic properties. Those factors increase the amount of existing problems, decrease the quality of life and cause incompliance to drug treatment. Clinicians should talk to their patients on this topic to pinpoint the source of the problem and minimise them, to enhance the quality of life and treatment compliance.

Keywords: Antipsychotic, Schizophrenic Disorder, Sexual Dysfunction.

1. GİRİŞ

Şizofrenik Bozukluk insanlık tarihi kadar eski bir hastalıktır. Şizofreni, ruhsal durumun hemen tüm alanlarında belirti ve bulgular gösteren, genellikle gençlik yıllarında başlayan, gidiş ve sonlanışı hastadan hastaya ve süreç içinde değişen, henüz etiyolojisi tam olarak bilinmeyen ve önemli ölçüde yeti yitimine yol açan bir toplum sağlığı sorunudur. Şüphesiz psikiyatrinin çok önemli bir hastalığıdır.

Cinsellik, şizofreni gibi zihin bozukluklarında çok az dikkate alınmıştır. Şimdi antipsikotik ilaçlara uyum sağlamayan hastalarda en büyük faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir¹. Bazı çalışmalar, niceliksel ve niteliksel olarak cinselliğin, şizofren hastalarda, olmayan hastalara oranla farklı olduğunu belirtmektedir. Şizofreni tanılı hastalar genel olarak daha çok cinsellik yerine otoerotik davranış göstermek eğilimindedirler². Son 10 yılda araştırmacılar psikotropik ilaçlar ile cinsel bozukluk arasındaki ilişkiyi anlamada ilerleme göstermiştir. 1900'lerin başlarında araştırmacılar tarafından cinsellikte aşırıya kaçmanın deliliğe neden olduğu belirtilmiştir. 1970'li yıllarda dahi psikiyatristler tarafından cinsellik şizofreni hastalığının ilerlemesinde etken olarak görülmüştür. Şimdi bu düşünceler kabul edilmemekle birlikte, yine de bu konuya yeterince önem verilmemekte ve şizofreni tanılı hastaların cinsellikleri hakkında çok az şey bilinmektedir¹.

Cinsellik ve şizofren hastalığı arasındaki ilişki karışıktır. Pek çok epidemiyolojik, klinik ve basit araştırmalar göstermiştir ki; östrojen şizofrenide koruyucu etki göstermektedir. Düşük östrojen seviyesi cinsel bozuklukla ilişkilendirilmiştir³.

Cinselliğin olmaması sosyal güvenin olmamasından, az ilişki kurulmasından, kontrolsüzlükten, ilgi azlığı ve anhedoniden kaynaklanabilir. Bazı araştırmalar ilgi eksikliğinin şizofren erkek hastalarda, hasta olmayan erkek hastalara oranla daha yaygın olduğunu göstermiştir⁴. Birçok çalışma, birinci kuşak antipsikotik ilaçların şizofreni tanılı hastalarda libido, uyarılma ve orgazm sorunlarına yol açtığını göstermiştir⁵.

Bazı mekanizmalar antipsikotik ilaç tedavisi sırasında cinsel bozukluğa neden olabilir. Nonspesifik antipsikotik yan etkiler arasında bulunan sedasyon ve kilo alımı cinsel ilgisizliğe neden olabilir. Ekstrapiramidal yan etkiler ve tardif diskinezi de buna neden olabilir⁶. Serotonin reseptör stimülasyonuna bağlı olarak cinselliği baskılayıcı etki görülmektedir⁷. Kolinerjik antagonizma ve α -adrenerjik blokaj orgazm bozukluğu

ve boşalamama rahatsızlığı ile ilişkilendirilmiştir. Kalsiyum kanal blokajı cinsel bozukluğa neden olmaktadır⁸.

Ayrıca yüksek prolaktin seviyesi de cinsel bozukluğa neden olmaktadır. Hiperprolaktinemi, hipogonadizme neden olup, testesteron seviyesini düşürmektedir⁹. Prolaktinin cinsel aktivitede doğrudan etkisi vardır; bromokriptin ile prolaktin seviyesinin normalleştirilmesi, testesteron seviyesi artmadan cinselliğin yeniden sağlanmasına neden olmuştur¹⁰. Antipsikotik tedavi ile sağlanan prolaktin yüksekliği hipofiz seviyesinde dopamin blokajı ile oluşmaktadır¹¹.

Cinsel fonksiyon ve şizofrenlik hakkındaki çalışmaların çok az olması gerçekten dikkat çekicidir. Hastaların % 75'inden fazlası bu konuların konuşulmasından yanadır¹². Uygun cinsel eğitim ve danışmanlık şizofren tedavisinin bir parçası haline getirilmelidir. Bu konuya daha çok dikkat edilmeli ve gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Bu konunun objektif olarak değerlendirilmesinin zor olması sebebiyle araştırmacıların oranları standartlaştırması gerçekten üzerinde çalışılması gereken bir konudur. Her değişik tedavi yöntemi ölçülmelidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofrenik Bozukluk Tarihçesi

Şizofreni psikiyatrinin çok önemli bir hastalığıdır ve çok eski zamanlardan beri şizofrenik belirtilerle ilgili bilgilere rastlanmaktadır. M.Ö. 1400 yıllarından kalmış Hint Veda yazılı metinlerinde, bu gün özellikle ağır bir gidiş gösteren şizofreni tanılı hastalarda karşılaştığımız kimi belirtilerin ayrıntılı olarak anlatıldığı görülmektedir¹³. Şizofreni 18. Yüzyılda araştırmaya ve tedavi etmeye değer bir tıbbi durum olarak ortaya çıkmıştır. 19. Yüzyılda, çeşitli psikotik bozukluklar genel olarak delilik olarak nitelenmiş ve bu bozuklukları eleştirecek ve kınanacak davranışlar şeklinde görme eğilimi, bu yönde bir harekete neden olmuştur¹⁴. İlk olarak 1860 yılında Morel tarafından “Demantia Preacox” terimi kullanılmıştır. 1863’de Karl Ludwig, Kahlbaum “Paraphrenia Hebetica” terimini kullanmış; 1871 de Ewald Hecker “Hebephrenie” terimini ileri sürmüştür¹⁵.

Eugen Bleuler, “şizofreni” terimini ilk defa demantia precox’un yerine literatüre getirmiştir. 1911’de bu hastalık için schisis=yarılma, phrenia=akıl, şizofreni, yani “akılın ayrılması” terimini ilk ortaya atan kişi de Bleuler’dir. O bu terimi seçerken hastalarda gözlenen düşünce, duygu ve davranış arasındaki bölünmeyi (schisms) vurgulamak istemiştir.

2.2. Şizofeni İçin Tanı Ölçütlerinin Gelişimi

Dünya Sağlık Örgütü ruhsal hastalıklara ilk kez 1948’de yayımlanan “Uluslararası Hastalık, Yaralanma ve Ölüm Nedenleri El Kitabı”nda yer vermiş ve bu başlık altında psikotik hastalıklar da değerlendirilmiştir. Örgüt, 1960’lardan itibaren daha aktif olarak sürdürdüğü çalışmaları sonucunda 1975’de Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması-9 (ICD-9) ve son olarak 1992’de Ruhsal Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması-10 (ICD-10) tanı klavuzlarını yayınlamıştır. ICD-10’da şizofreni ile ilgili konular şizofreni, şizotipal ve sanrılı bozukluklar başlığı altında ele alınmıştır¹⁶.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 1952’de yayımlanan DSM-I sınıflandırmasında şizofreni, şizofrenik reaksiyonlar olarak tanımlanmıştır. Bu sınıflandırmada, tüm ruhsal bozukluklar “tepkisel” olarak ele alınmış ve hepsinin sonunda “reaksiyon” sözcüğüne yer verilmiştir. 1968’de yayımlanan DSM-II’de

şizofrenik reaksiyon terimi bırakılmış, şizofrenik bozukluklar içinde “latent şizofreni” kavramına da yer verilmiştir. Bu tanım daha çok “incipient” , “borderline” durumları tanımlamak üzere, şizofreninin açık belirtilerinin var olduğu ancak öyküsünde şizofrenik psikoz atağı olmayan olgular için kullanılmıştır. Dahil etme ve dışlama ölçütlerinin kullanıldığı ilk resmi tanı sistemi olan DSM-III (1980) tanı ölçütleri, şizofreni tanısı koyabilmek için de Schneiderien belirtiler olduğu bir akut dönemin bulunması, organik etkenlerin ve duygudurum bozukluklarının dışlanması, belirtilerin zeka geriliğinden dolayı olmaması, hastalığın 45 yaşından sonra başlamaması ve altı aylık süre koşulları getirmiştir. 1987 de yayımlanan DSM-III-R’de şizofreni tanı ölçütlerinde 45 yaşından önce başlaması ve zeka geriliğinden dolayı olmama koşulları kaldırılmıştır. APA tarafından son olarak 1994’te DSM-IV yayımlanmış ve 2000 yılında revize edilmiştir. DSM-IV şizofreni ile ilgili tanıları şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar başlığı altında sınıflandırmıştır¹⁷.

DSM ve ICD tanı sistemlerinin günümüzde kullanılan son basımları, şizofreni tanı ölçütleri konusunda büyük ölçüde uyumlu gibi görünmektedir. Her iki sistemde de şizofreni tanısı koymak daraltılmıştır. DSM-IV, ICD-10’dan farklı olarak hastalığın gidişinde altı aylık süreyi, sosyal ve işlevsel alandaki bozulmayı gerekli görür. ICD-10’da DSM-IV’e göre, Schneider’in birinci sıra belirtilerine daha fazla vurgu yapılmış ve hastalığın karakteristik bulgularının, hasta başarıyla tedavi edilmiş olsa bile en az bir ay sürmesini daha katı bir biçimde vurgulanmıştır. Ayrıca ICD-10’da basit şizofreni alt tipine de yer verilmiştir¹⁸.

DSM-IV-TR’ye Göre Şizofreni Tanı Ölçütleri

- A. Karakteristik bulgular: Bir aylık bir dönem boyunca(başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesitinde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

Sanrılar

Varsanılar

Dezorganize konuşma (örneğin sıklıkla raydan çıkma veya enkoherans)

İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış

Negatif belirtiler, duygulanımda donukluk (tek düzelik), aloji (konuşmazlık) ya da avolüsyon

Not: Sanrılar bizaar ise ya da varsanılar kişinin davranış veya düşünceleri üzerine sürekli yorum yapan seslerden ya da iki veya daha fazla sesin birbiriyle konuşmasından oluşuyorsa sadece bir A tanı ölçütü yeterlidir.

- B. Sosyal/mesleki işlev bozukluğu: İş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir veya birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesitinde, bozukluğun başlangıcından beri erişilmiş düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıç çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişiler arası ilişkilerde, akademik veya mesleki başarıda beklenen düzeye erişilmemiştir.)
- C. Süre: Bozukluğun süre giden belirtileri en azından 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A tanı ölçütünü (yani aktif evre belirtileri) karşılayan belirtileri içermelidir; prodromal ya da rezidüel bulguların bulunduğu dönemleri içerebilir. Prodromal ya da rezidüel dönem boyunca bozukluğun belirtileri, sadece negatif bulgularla ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki veya daha fazla bulgunun daha hafif biçimleriyle (örneğin acayip inanışlar, olağan dışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.
- D. Şizoaffektif ve Duygudurum Bozukluğunun dışlanması; Şizoaffektif Bozukluk ve Psikotik özellikler gösteren Duygudurum Bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1) aktif evre bulguları ile birlikte eş zamanlı Majör Depresif, Manik veya Karma dönemler ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif evre bulguları sırasında duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile bunların süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.
- E. Madde veya genel tıbbi durumun dışlanması: Bozukluk bir maddenin (örneğin kötüye kullanılan bir ilaç veya tedavi amaçlı ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.
- F. Bir yaygın gelişimsel bozuklukla ilişkisi: Otistik bozukluk ya da başka bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, şizofreni ek tanısı ancak en az bir ay süreyle (başarılı tedavi edilmişse daha kısa) belirgin sanrı veya varsanılar varlığında konulabilir.

ICD-10'a Göre Şizofreni Tanı Ölçütleri

A. Şizofreni için (1) grubundaki belirtilerden en az birisinin açıkça bulunması, eğer belirtiler çok ağır değilse, bunlardan en az ikisinin bulunması ve bunların en az bir ay ya da daha uzun süre, zamanın büyük bölümünde sürmesi gereklidir.

(1) Aşağıdakilerden en az birisi bulunmalıdır:

- (a) Düşünce yankılanması, düşünce sokulması veya çekilmesi ve düşünce yayınlanması;
- (b) Kontrol edilme, etkilenme ya da edilgenlik sanrıları (beden hareketlerini, özel düşünceleri, eylemleri ya da duyuları etkileyen); sanrılı algılama;
- (c) Hastanın davranışlarını yorumlayan ya da kendi aralarında hastayı tartışan, işitme varsanıları ya da bedenin belli bölgesinden gelen varsanısal sesler;
- (d) Tümü ile olanak dışı, kültüre uygun olmayan, süreklilik gösteren başka sanrılar. Örneğin dinsel ya da siyasal kimliğe ya da insanüstü güç ya da yeteneklere sahip olma (örneğin hava durumunu denetleme, başka dünyalardan yabancılarla iletişim kurabilme);

(2) Ya da aşağıdakilerden en az ikisi bulunmalıdır:

- (a) Herhangi bir türden inatçı varsanılar; bu varsanılar duygulanımla uyum göstermeyen gelip geçici ya da yarı sistemli sanrılarla ya da aşırı değer kazanmış fikirlerle birlikte olmalı; ya da haftalarca, aylarca kesintisiz olarak her gün bulunmalıdır;
- (b) Düşünce akışında kopma ve başka düşünce sokulmaları, bunun sonucu oluşan çağrışımlarda dağınıklık (enkoherans), uygunsuz konuşma ya da neolojizm;
- (c) Katatonik davranış, örneğin eksitasyon, bedeni belli bir pozisyonda tutma, balmumu esnekliği, negativizm, mutizm ve stupor;
- (d) “negatif belirtiler”, örneğin belirgin apati, konuşma azlığı, duygusal tepkilerde küntleşme ya da uygunsuzluk gibi; bu belirtiler genellikle sosyal çekilme ya da sosyal performansın düşmesine yol açarlar; bu

belirtilerin depresyona ya da NMS (Nöroleptik Malign Sendrom)'a bağlı olmadığı bilmesi gerekir;

B. Sık kullanılan dışlanma ölçütleri

- (1) Eğer aynı zamanda manik atak ya da depresif atak belirtileri için de ölçütler karşılanıyorsa A(1) ve A(2) ölçütleri duygudurum bozukluğu gelişmeden önce karşılanmış olmalıdır.
- (2) Bozukluk organik beyin hastalığı ya da alkol-madde entoksikasyonu, bağımlılığa ya da madde bırakılmasına bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

2.3. Şizofrenik Bozukluğun Sıklık ve Yaygınlığı

Şizofreninin nokta yaygınlığı binde 5 civarındadır¹⁹. Yaşam boyu morbidite riski binde 7'dir²⁰.

Tablo 1: Şizofrenide yaygınlık²⁰

Çalışma	Bildirilen Oranlar (binde)
Goldner 2002 (gözden geçirme)	(birleşik)
Bir yıl	3,4(2-10)
Yaşam	5,5(4-22)
Saha 2005(gözden geçirme)	(medyan)
Nokta	4,6(1-10)
Dönem	3,3(1,3-8,2)
Yaşam	4,0(1,8-11,6)
Yaşam boyu morbidite riski	7,2(3,1-27,1)
Perala 2007(toplum çalışması)	
Yaşam	8,7

Şizofreni sıklığı binde 0,2 civarındadır¹⁹. Bu konuda Eaton'ın yaptığı iki önemli gözden geçirme Tablo 2'dedir. İlkinde, 1950-1986 arasında yapılan çalışmalar, medyan sıklık oranları için binde 0,20-0,35 rakamını göstermektedir. İkincisinde 1985 sonrasında psikiyatristler tarafından yapılan değerlendirmelerle ayaktan ve yatan

hastaların değerlendirildiği çalışmaları ele alan gözden geçirmede ise sıklık binde 0,16 olarak bildirilmektedir¹⁹. McGrath ve ark. 170 sıklık gözden geçirme çalışmasını sistematik bir gözden geçirmeye tabii tutmuş ve medyan binde 0,15 olarak bildirmişlerdir²¹ (Tablo 2). Dünya Sağlık Örgütü'nün farklı ülkelerde aynı desenle yaptığı 10 ülke çalışmasında ise ICD-9'a göre tanı konan şizofreni sıklığı binde 0,22 olarak bildirilmektedir²².

Tablo 2: Şizofrenide sıklık²⁰

Çalışma	Bildirilen Oranlar
Eaton 1950-86 (gözden geçirme) Bir yıl	0,20 ‰ (medyan)
Eaton 1985-96 (gözden geçirme) Bir yıl	0,16 ‰ (medyan) (0,04-0,58)
Jablensky (10 ülke çalışması) Bir yıl	0,22 ‰ (0,16-0,42)
McGrath (gözden geçirme) Bir yıl	0,15 ‰ (medyan) (0,08-0,90)

2.4. Şizofrenik Bozukluğun Oluş Nedenleri (Etiyoloji)

2.4.1. Genetik Etkenler

Şizofreni yaygınlığı normal nüfusta % 1 civarında bildirilirken, birinci derece akrabalarında şizofreni olan kişilerde riskin 10 kat arttığı gösterilmiştir. Ailede etkilenmiş birey sayısı arttıkça bu risk artmaktadır. Hem anne hem de babası hasta olanlarda % 50²³, eş yumurta ikizinin hasta olduğu durumlarda ise % 60-84 olduğu bildirilmiştir²⁴.

Geniş örneklemelerin kullanıldığı bağlantı analizi haritalama çalışmaları şizofreni ile Nöroregülin-1, disbindin, prolin dehidrogenaz ve katekol-O-metiltransferaz vb. gen bölgeleri arasında ilişki bulunduğunu göstermiş, 1q, 2q, 5q, 6p, 8p, 10p, 13q, 15q, 18q,

22q kromozomlarında şizofreni aday bölgelerinin bulunduğu dair kanıtlar elde edilmiştir²⁵. Her birinin kısmi etkileri olan çok sayıda yatkınlık genleri olduğu, bunların epigenetik ve çevresel etkenlerle birlikte hareket ederek hastalığı başlattığı düşünülmektedir.

2.4.2. Perinatal Komplikasyonlar

Prenatal ve perinatal komplikasyonlar (obstetrik komplikasyonlar) şizofreni tanılı hastaların öykülerinde sağlıklı kontrollere, psikiyatrik rahatsızlığı olan diğer hastalara ve sağlıklı kardeşlerine göre daha fazla bildirilmiştir ve bu nedenle bir risk etkeni olarak değerlendirilmiştir²⁶.

Şizofreni ile ilişkisi bildirilmiş obstetrik komplikasyonların ortak özelliği bebekte hipoksi riskini artırmalarıdır²⁰. Doğum sırasında asfiksi öyküsünün şizofreni riskini artırdığı²⁷, doğum sırasında apgar skorunun 0-3 arasında olmasının ise özellikle negatif belirtilerin belirgin olduğu şizofreni ile ilişkili olduğu gösterilmiştir²⁸.

Obstetrik komplikasyon öyküsü olan hastalarda hastalık başlangıç yaşının daha erken olduğu, komplikasyon miktarı arttıkça bu yaşın daha da erkene kaydığı bulunmuştur²⁹. Ayrıca bu hastalarda daha kronik bir seyir görülmektedir ve negatif belirtiler daha belirgindir²⁸.

2.4.3. Beyin Görüntüleme Bulguları

Şizofreni hastaları, yaşa, cinsiyete göre eşleştirildikleri normal kişilerden görece daha küçük beyinlere sahiptir. Ventriküler genişleme yeterince tekrarlanmış bir bulgudur. Ventriküler boyutların normal toplulukta dikkate değer ölçüde değişmesine rağmen, şizofreni hastaları, sağlıklı kardeşlerinden tutarlı bir biçimde daha geniş ventriküllere sahiptir. Bu da toplumda normal genetik varyansın bir bölümü için kontrol uygulandığı zaman, bulguların güçlü olmaya devam ettiğini düşündürmektedir^{30,31}.

1998 ile 2000 yılları arasında yapılan 193 Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) çalışmasının gözden geçirilmesinde şizofreni hastalarında lateral ventriküllerde genişleme (çalışmaların % 80'inde), üçüncü ventrikülde genişleme (çalışmaların % 73'ünde), amigdala, hipokampus, parahipokampal girus dahil medyal temporal lob hacminde azalma (çalışmaların % 74'ünde), üst temporal girus gri madde hacminde azalma(çalışmaların % 100'ünde), frontal, paryetal ve subkortikal (korpus kallozum,

bazal ganglia, talamus) bölgelerde hacim değişiklikleri olduğu bildirilmiştir³². Ayrıca şizofreni hastalarında hipokampusta bölgesel şekil değişiklikleri olduğu da gösterilmiştir³³.

Üst temporal girus hacmindeki azalmanın varsanılar ve elektrofizyolojik değişikliklerle, orta frontal korteks hacim azalmasının ise negatif belirtilerle ilişkili olduğunu bildiren yayınlar vardır^{34,35}.

Ksenon kullanılarak yapılan ilk beyin kan akımı çalışmasında, normalde beyin ön bölgelerinin arka bölgelerine göre daha fazla kanlanması beklenirken, şizofren hastalarda beyin ön bölgelerine olan kan akımında azalma olduğu gözlenmiş ve bu bulgu “hipofrontalite” olarak tanımlanmıştır³⁶. PET çalışmalarında, hem kronik hem de hiç ilaç kullanmamış ilk atak hastalarda hipofrontalite saptanmıştır ve negatif belirtilerle ilişkili olduğu bildirilmiştir³⁵.

Şizofreni hastalarında, frontal bölgenin yanı sıra temporal lobda da kan akımı değişiklikleri bildirilmiştir. Pozitif psikotik belirtiler ile temporal lobda kanlanma artışı arasında ilişki olması en sık bildirilen bulgular arasındadır. İşitme varsanısı olan hastalarda medyal temporal bölgelerde kanlanma artışı olduğu gösterilmiştir³⁷.

2.4.4. Nörokimyasal Etmenler

Şizofrenide subkortikal yapılarda aşırı dopamin etkinliği, prefrontal kortikal yapılarda ise azalmış dopamin etkinliği olduğu, subkortikal mezolimbik dopamin yollarındaki aşırı etkinliğin pozitif belirtilere, mezokortikal dopamin yollarının etkinliğindeki azalmanın ise negatif belirtilere ve bilişsel kayıplara yol açtığı iddia edilmiştir³⁸.

Şizofreni hastalarında, kortekste 5-HT_{2A} sayısında azalma, 5-HT_{1A} sayısında artma olduğu bildirilmiştir³⁹.

Postmortem çalışmalarda, şizofreni hastalarında pre ve postsinaptik glutamerjik değişkenlerde anormallikler saptanmıştır. Frontal kortikal alanlarda glutamat reseptörlerinde artış, prefrontal ve hipokampal bölgelerde glutamat etkinliğinde azalma, kortikal glutamam salıverilmesinde azalma, geri alımında ise artış bildirilmiştir⁴⁰.

GABA sentezinden sorumlu olan glutamik asit dekarboksilaz enziminin mRNA'sında da azalma tespit edilmiştir⁴¹. GABA'erişik nöronlarda GABA ile birlikte bulunan NADPH diaforezin dağılımının değerlendirildiği çalışmalarda, şizofreni

hastalarında korteksin derin katmanlarında dış katmanlara göre daha fazla yoğunluk olduğu görülmüş, bu da şizofrenide nöronların göç etmesinde bozukluk olduğu görüşüyle uyumlu bulunmuştur⁴².

2.4.5. Nörogelişimsel Varsayım

Nörogelişimsel modele göre genetik ve erken gelişimsel etkenlerin bir araya gelmesiyle oluşan bir beyin hasarı beynin normal olgunlaşma sürecini bozmaktadır ve nöronların gelişiminin erken dönemlerinde meydana gelen genetik ve epigenetik olaylar nöron gelişimini olumsuz etkilemektedir. Bu etkilenme, hücre çoğalması, hücre farklılaşması, hücre göçü, programlı hücre ölümü, sinaps oluşumu, nöron devresi oluşumu aşamalarında olabilir. Sinir sistemi gelişiminin ilerleyen dönemlerinde, bu etkiler sonucu ortaya çıkabilecek sinyal iletimi bozuklukları ve nöron devrelerinin anormallikleri şizofreni belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açıyor olabilir²⁰.

2.4.6. Nörodejeneratif Varsayım

Şizofrenide nörodejeneratif hastalıkların bazı özelliklerinin bulunduğu iddia edilmiştir.

Yaşamın erken evresinde tamamlanan, hastalık başlayana kadar belirti göstermeyen, hastanın giderek kötüleşmesine neden olan, bir klinik tablonun, yalnız nörogelişimsel bir süreçle açıklanması zor görülmektedir. Bu nedenle şizofreninin nörogelişimsel bir bozukluğun üzerine eklenen nörodejeneratif bir bozukluk olabileceği belirtilmektedir. Nörodejeneratif bir sürecin aleyhine olan en önemli bulgu ise dejenerasyonun ifadesi olan gliozisin şizofreni hastalarının beyinlerinde görülmemesidir²⁰.

2.5. Şizofrenik Bozukluğun Klinik Özellikleri

Genellikle 15-45 yaş arasında çoğunlukla 18-25 yaşlarında başlar (E'te 18, K'da 21). Ne kadar erken başlarsa prognoz o kadar kötüdür. Kadınlarda prognoz biraz daha iyidir.

İlk nöbetlerin % 50 sinde hiçbir kamçılayıcı etken bulunmayabilir. % 70-80'inde atipik belirtilerle başlar (Non-spesifik belirtiler).

% 20 Majör Depresyonla başlar. Tipik M. Depresyon 35-45 yaşlarda başlar. Erken başlayan tipik bir Majör Depresyon, şizofreninin habercisidir.

Obsesyonlar, zihinsel obsesyonlar, mistik uğraşlar, sindirim sorunları, uykusuzluk, değişen somatik ağrılar da habercidir.

Belirtiler 3 gruba ayrılır; 1) Negatif belirtiler

2) Pozitif belirtiler

3) Dezorganize belirtiler

Dereistik düşünce: Şizofreni tanımlı hastalarda düşünce sürecinde; dağınıklık, sözcük uydurma, sözcük salatası, bağlantısızlık, çocuksuluk, acayıklık, somutluk ve düşünce içeriğinde; düşünce okunması, sokulması, etkilenmesi, yayınlanması, çalınmasına dereistik düşünce denir.

Pozitif Belirtiler

1-) Düşünce bozukluğu, sanrılar, varsanılar

2-) Katotonik ve hebefrenik dezorganizasyon

Negatif Belirtiler

1-) Duygulanımda azalma ve küntlük

2-) Düşünce ve konuşmada fakirleşme(alogia)

3-) İstenç azlığı(avolition)

4-) Sosyal geri çekilme, devinimde azalma

5-) Kendine ilgi ve bakımda azalma

2.6. Şizofrenide Ayırıcı Tanı

Çeşitli genel tıbbi durumlarda psikotik bulgular görülebilir. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar testlerinden elde edilen kanıtlar, sanrı ve varsanıların genel tıbbi bir

durumun doğrudan fizyolojik bir etkisi olduğunu gösteriyorsa, **Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk, Delirium** ya da **Demans** tanısı konur.

Madde Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Madde Kullanımının Yol Açtığı Delirium ve **Madde Kullanımının Yol Açtığı Kalıcı Demans**, Şizofreniden, bir maddenin sanrı ve varsanılarla etiyolojik olarak ilişkili olduğu yargısına varılmasıyla ayırt edilir.

Şizofreninin prodromal, aktif ve rezidüel evrelerinde duygudurum bozukluğunun sık görülmesi **Psikotik Özellikleri Olan Duygudurum Bozukluğu**'nu ve **Şizoaffektif Bozukluk**'u Şizofreniden ayırt etmeyi zorlaştırır. Psikotik bulgular sadece duygudurum bozukluğu dönemlerinde ortaya çıkıyorsa, tanı Psikotik Özellikleri Olan Duygudurum Bozukluğu olacaktır. Şizoaffektif Bozuklukta Şizofreninin aktif evre bulgularının yanı sıra bir duygudurum atağı olmalıdır, söz konusu bozukluğun toplam süresinin önemli bir kesiminde duygudurum belirtileri bulunmalıdır ve belirgin duygudurum belirtilerinin olmadığı en az 2 haftalık bir sürede sanrılar ve varsanılar bulunmalıdır. Bunun tersine şizofrenideki duygudurum bulguları ya bu bozukluğun toplam süresine göre kısa sürelidir, ya sadece prodromal ya da rezidüel evrelerde ortaya çıkar ya da bir duygudurum atağı için tanı ölçütlerini tam karşılamaz. Bir duygudurum atağı için tanı ölçütlerini tam karşılayan duygudurum bulguları Şizofreninin üzerine binerse ve bu bulguların özel bir klinik önemi olursa ek bir tanı olarak Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk ya da Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk tanısı konulmalıdır. Katatonik Tip Şizofreniyi, Katatonik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğundan ayırt etmek zor olabilir.

Tanım olarak, Şizofreni **Şizofreniform Bozukluk**'tan süre kuralına göre ayrılır. Şizofrenide en az 6 ay süren bulgular bulunurken Şizofreniform Bozukluk'ta bulguların toplam süresi en az bir ay, ancak altı aydan daha kısa süreli olmalıdır. Şizofreniform Bozukluk işlevsellikte bozulma olmasını da gerektirmemektedir.

Kısa Psikotik Bozukluk en az 1 gün süren, ancak 1 aydan daha kısa süren sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma ya da ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış varlığı ile tanımlanır.

Şizofreni ile **Sanrısız Bozukluk**'un ayırıcı tanısı sanrılarının niteliğine (sanrısız bozuklukta hezeyanlar bizaar değildir) ve şizofrenin diğer özgül bulgularının

(varsanılar, dezorganize konuşma ya da davranış ya da belirgin negatif bulgular gibi) olmamasına göre yapılır.

Şizofreni ve **Yaygın Gelişimsel Bozukluklar** dil ve duygulanım bozuklukları, kişiler arası ilişkilerde bozukluklar gibi alanlarda ortak özellikler gösterirken birtakım yollarla da ayırt edilebilirler. Yaygın Gelişimsel Bozukluklar özellikle bebeklik ya da erken çocukluk döneminde tanınırlarken, şizofrenide böylesine erken bir başlangıçla nadir karşılaşılır. Ayrıca, Yaygın gelişimsel Bozukluklarda belirgin sanrılar ve varsanılar yoktur; ancak duygudurumda daha belirgin bozukluklar vardır ve konuşma ya yoktur ya da çok azdır ve basmakalıp yinelemeler ve prosodik bozukluklar görülür⁴³.

2.7. Prognoz

Birçok çalışma şizofreni için ilk hastaneye yatıştan sonraki 5 ile 10 yıllık dönemde hastaların sadece yaklaşık % 10-20'sinin iyi gidişe sahip olarak tanımlanabileceğini göstermiştir. Hastaların % 50'sinden fazlası tekrarlayan yatışlar, belirtilerin alevlenmesi, majör duygudurum atakları ve özkıyım girişimi gibi kötü gidişe sahip olarak tanımlanabilir. Bu kötü tabloya karşın şizofreni genellikle bir yıkım süreci ile gitmez ve çeşitli etkenler iyi prognoz ile ilişkilidir.

Bildirilen iyileşme oranları % 10-60 arasındadır ve kabul edilebilir tahmin şizofreni hastalarının % 20-30'unun normale benzer yaşam sürdürebildiğidir. Yaklaşık % 20-30'u hafif belirtiler yaşamaya devam eder ve % 40-60'ının tüm yaşamlarında hastalığın neden olduğu önemli bozulmalar vardır⁴⁴.

Tablo 05'de Şizofrenik bozuklukla ilgili iyi ve kötü prognozda etkili olan faktörler sıralanmıştır. Görüldüğü gibi iyi bir premorbid cinsel, sosyal ve meslek öyküsü Şizofrenik bozuklukta Prognoz üzerinde etkili bir faktördür.

Tablo 3: Özelliklerin ağırlığına göre şizofrenide iyi ve kötü prognoz⁴⁴.

İyi Prognoz	Kötü Prognoz
Geç başlangıç	Genç Başlangıç
Belirgin presipite edici etkenler	Presipite eden etkenin olmaması
Akut başlangıç	Sinsi başlangıç
İyi premorbid sosyal, cinsel ve meslek öyküsü	Kötü premorbid sosyal, cinsel ve meslek öyküsü
Duygudurum bozukluğu belirtileri (Özellikle depresif bozukluk)	Çekilme ve otistik
Evlilik	Bekarlık, boşanma, ayrılma
Ailede duygudurum bozukluğu öyküsü	Ailede şizofreni öyküsü
İyi destek sistemleri	Kötü destek sistemleri
Pozitif belirtiler	Negatif belirtiler
	Nörolojik bulgu ve belirtiler
	Perinatal travma öyküsü
	3 yıl içinde remisyon olmaması
	Birçok atak olması
	Saldırganlık öyküsü

2.8. Sağaltım Yaklaşımları

2.8.1. Şizofrenide Akut Dönem Tedavisi

Şizofrenide akut dönem sağaltımına ait sürecin dört ana hedefi bulunmaktadır⁴⁵:

- 1) Belirtilerin yatıştırılması,
- 2) Davranış bozukluklarının tedavisi,
- 3) İlaç seçimi ve doz ayarlaması ile kısa ve uzun vadeli tedavi planının yapılması,
- 4) Atağın düzelmesinin sağlanması.

Psikotik hastaların % 81'inde ilk yatışta işitme varsanıları olduğu bildirildiği için, emir veren seslerle ilişkili intihar düşüncelerinin varlığına dikkat edilmelidir. Şizofreni hastalarının % 40'ı intihar düşünceleri bildirmekte, % 20-40'ı girişimde bulunmaktadır ve % 10'u intihar ederek ölmektedir⁴⁶.

Psikotik ajitasyon içindeki şizofreni hastalarının ilişkili belirtileri hızla kontrol edilmelidir. Yüksek güçlü antipsikotik ilaçlar ajitasyon yatışana kadar 30-120 dakikada bir oral ya da IM olarak uygulanabilir. Yatışma sağlanana kadar 30 dakikada bir uygulanan antipsikotik ilaç ve benzodiyazepin karışımı (ör: haloperidol 5mg, lorezepam 4mg) genellikle tercih edilen bir tedavi yöntemidir⁴⁷. İKAP (İkinci Kuşak Antipsikotik)'lerden özellikle risperidon, olanzapin ve ziprasidonun da ajitasyon tedavisinde sık kullanılan haloperidol kadar etkili olduğu belirtilmektedir⁴⁸.

Hastalar az düzeyde yan etki ile belirgin klinik düzelme yaşarlarsa akut atak sonrası tedaviye devamları daha olası olacağından, güçlü etkinliği en az yan etki ile sağlayabilecek antipsikotik ilaç dozları kullanılmalıdır⁴⁹.

2.8.2. Şizofrenide Sürdürüm Tedavisi

Şizofrenide akut dönemi takip eden düzelme döneminde de tedavinin çeşitli amaçları bulunmaktadır. Bu amaçlar, belirtilerin kontrolünü devam ettirmek, hastanın stresini en aza indirmek, alevlenmeyi önlemek için destek sağlamak, hastanın toplum içine uyumunu sağlamak, belirtilerdeki yatışmanın devamını ve düzelmenin kalıcılığını sağlamak olarak sayılabilir. İyileşme döneminde, eğer hastanın kullandığı antipsikotik ilaç tedavisine en az yan etki ile yeterli yanıt verdiği düşünülüyorsa, en az 6 ay bu tedaviyi aynı dozda almaya devam etmesi önerilmektedir⁵⁰.

Gerek BKAP (Birinci Kuşak Antipsikotik), gerek İKAP'lar dengeli döneme girmiş şizofreni tanılı hastalarda alevlenmeyi önlemektedir. Antipsikotik ilaçlarla plasebonun karşılaştırıldığı randomize çift kör çalışmalar, plasebo alanların % 55'inin, BKAP'larla aktif tedavi alanların ise % 21'inin belirtilerini alevlendirdiğini göstermektedir⁵¹. Olanzapin, risperidon ve aripiprazol gibi İKAP'larla, BKAP'lara (haloperidol) göre tedaviye daha yüksek oranda devamlılık ve daha düşük alevlenme riski bildiren (% 34'e karşı % 60) çift kör kontrollü çalışmalar bulunmaktadır⁵². Sürdürüm tedavisi almayan hastaların % 60-70'inde 1 yıl, % 90'ında 2 yıl içinde rahatsızlık alevlenmektedir⁵⁰. Antipsikotik ilaç tedavisi almaya devam etmeyen ilk atak

hastalarının da % 80'inden fazlasında ilk beş yıl içinde belirtilerde tekrarlama ile karşılaşmaktadır⁵³.

Sürdürüm tedavisinin yapılacağı antipsikotik ilacın kullanım süresi diğer bir önemli konudur. İlk atak ya da tekrarlayan atakları olan hastalarda tedavi seçenekleri belirsiz süre idame tedavi veya en az bir yıl süren belirtilerde yatışma veya azami yanıt sonrası antipsikotik ilaç tedavisinin dikkatli bir izlem ile kesilmesidir. Eğer tedavinin kesilmesi kararı alınmışsa, bunu yavaş bir biçimde yapılması önerilmektedir^{50,54}. Tedaviye devam eden hastalarda da alevlenme riski yılda % 30 kadar olduğundan bu hastalarda yakın izleme alınmalıdır⁵⁰.

Şizofreni Hastalarının Sonuçlarını Araştırma Takımı (PORT) ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Şizofreni Hastalarının Tedavisi İçin Uygulama Klavuzu, kronik şizofrenisi olan tüm hastalar için sürdürüm tedavisi önermektedir. Aralıklı olarak gerektiğinde hedefe yönelik olarak uygulanan tedavi sadece sürekli antipsikotik ilaç tedavisini tolere edemeyen ya da kabul etmeyen hastalar için kabul edilebilir⁵⁵.

2.8.3. Şizofrenide Diğer Somatik Tedaviler

Antipsikotik ilaç tedavisi ile birlikte uygulanan EKT (Elektrokonvulziv Terapi)'nin şizofreni hastalarında belirtilerde hızlı düzelme amaçlandığında ve ilaç tedavisine sınırlı yanıt alındığında uygun bir seçim olduğu söylenebilir. Etkisinin kalıcılığı konusunda güçlü destek bulunmamakla beraber, gerekirse sürdürüm tedavisinin planlanmasıyla alınan yanıt korunabilmektedir. Şizofreni tedavisinin ilk haftalarında EKT-antipsikotik ilaç kombinasyonu, tek başına antipsikotik ilaç tedavisinden daha iyi sonuç verebilir²⁰. Ana yarar, tedaviye yanıtta hızlanma olarak görülmektedir. Ancak bu kombinasyonla ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır⁵⁶.

Transkranyal manyetik stimülasyon (TMS) uygulamasında yüksek frekansın (>1Hz) kortikal uyarılmayı artırdığı, düşük frekansın ise (<1Hz) azalttığı kabul edilmektedir. Uyarının şiddeti ve süresinin de kortikal uyarılma üzerinde etkisi bulunmaktadır. Bu bulgular paralelinde şizofreni tedavisinde TMS'nin rolünü inceleyen çalışmalar iki ana grupta toplanmaktadır. Sol ve sağ dorsolateral prefrontal korteks (DLPF) uyarılması, pozitif ve negatif belirtiler üzerine, sol temporopariyetal korteks uyarılmasının da işitsel varsanılar üzerine etkisini incelemektedir²⁰. Örneğin işitme varsanılarının oluşumuyla ilgili olduğu düşünülen sol temporopariyetal kortekse

baskılayıcı 1Hz TMS uygulanmasının işitme varsanılarında düzelme yapabileceği, yüksek frekanslı TMS'nin de negatif belirtilerle ilişkisi gösterilen DLPF'deki hipoaktiviteyi geri çevirerek, bu belirtilerde düzelme yapabileceği düşünülmektedir⁵⁷. Ancak tekrarlayan TMS uygulamasının şizofreni belirtileri üzerine etkisini inceleyen çalışma bulguları tutarlı değildir ve bu nedenle bu yöntemin etkili bir tedavi aracı olarak kabul edilmesi için kontrollü, geniş örneklemlili ve benzer yöntemleri içeren ek incelemeler gerekmektedir. Sıklık, şiddet, süre, uyarılma bölgesi, toplam uyarı ve tedavi sayısı, bobin şekli ve pozisyonu, güvenilir yalancı uyarı oluşturulamaması, ilaç tedavisi, belirti şiddeti ve kooperasyon farklılıklarının olması gibi nedenler, çalışma bulgularında farklı sonuçlarla ilişkili gösterilmektedir⁵⁷.

3. ŞİZOFRENİ VE CİNSELLİK

3.1. Prevelans

Cinsel bozukluk üç cinsel yanıt evresinden bir veya daha fazla alanı içermelidir: cinsel ilgi (libido), uyarılma (vaginal kayganlık veya ereksiyon), orgazm. Ayrıca cinsel ilişki sırasında acı duyma ile de tanımlanabilir⁵⁸.

Psikiyatristler arasında yapılan yakın tarihli bir araştırmada birinci kuşak antipsikotik tedavi gören hastalar arasında cinsel bozukluk yaygınlığı kadınlarda % 28 ve erkeklerde % 40 olarak tespit edilmiştir. Fakat hastaların kendi algılamalarına göre bu oran kadınlarda % 40 ve erkeklerde % 60 olmuştur. Bu göstermektedir ki cinsel yan etkilerin değerlendirilmesi belki hasta ve hekimlerin bu konuda rahat olmaları veya hekimlerin cinsel yakınmaları zihinsel rahatsızlığın belirtileri olarak görmesi nedeniyle benzer oranlar görülememiştir⁵⁹.

Şizofren hastalarda cinsel bozukluk yaygınlığı konusunda oldukça geniş ölçekli ve uluslararası bir çalışmada 7655 hasta üzerinde 27 değişik ülkede araştırma yapılmıştır. Hasta raporlarına ve psikiyatristlere göre cinsel bozukluk hastaların yaklaşık % 50'sini etkilemektedir ve yaygın olan yakınmalar bölgeden bölgeye değişmektedir. Psikiyatristler iktidarsızlık/cinsel bozukluk ve libido eksikliğini, hastalardan gelen raporlara göre daha az önemle incelemiştirlerdir. Cinsel bozukluk aralığı prolaktin yükseltici antipsikotik ilaç kullanan hastalarda, daha az kullananlara oranla

daha yüksek olmaktadır. Bu çalışma göstermektedir ki şizofren kadın ve erkek hastalarda cinsel bozukluk yaygınlığı yüksektir ve bu psikiyatristler tarafından çok dikkate alınmamaktadır. Bölgesel değişim vardır. Fakat şizofren tedavisinde bu konu daha detaylı incelenmelidir⁶⁰.

Bu çalışmada en çok rastlanılan cinsel fonksiyon bozukluğu libido eksikliği, iktidarsızlık/cinsel bozukluktur. Erkek hastaların % 48'i libido eksikliğinden yakınırken kadınlarda bu oran % 44,2 olmuştur. Erkeklerde iktidarsızlık/cinsel fonksiyon bozukluğu kadınlara göre fazla çıkmıştır⁶⁰.

Bölgesel farklılıklara göre Asyalı hastaların çoğu cinsel fonksiyon sorunu olmadığını bildirmiştir. Amenore hariç, psikiyatristler Asyalı hastalarda diğer bölge hastalarına göre daha az cinsel bozukluk görmüştür⁶⁰.

Tablo 4'de birinci ve ikinci kuşak antipsikotik tedavi gören erkek şizofreni tanılı hastalarda yaygın olan cinsel ve hormonal bozukluk türleri gösterilmiştir⁶¹.

Tablo-4: Antipsikotik tedavi gören şizofren hastalarda cinsel ve hormonal bozukluk türleri⁶¹

Disfonksiyon	Hastalar (%)
<i>Cinsel Bozukluk</i>	
Normal cinsel işlev	54
Eretil disfonksiyon	22
Ereksiyon zorluğu	38
Ereksiyonu sürdürmede zorluk	42
Priapizm	-
Ejekülasyon bozukluğu	19
Sertleşme ve ejakülasyon bozukluğu	30-60
Orgazmik disfonksiyon	16
Düşük orgasm	58
<i>Endokrin Bozukluk</i>	
Galaktore	3
Jinekomasti	6

Tablo 5’de birinci ve ikinci kuşak antipsikotik tedavi gören bayan şizofreni tanılı hastalarda yaygın olan cinsel ve hormonal bozukluk türleri gösterilmiştir⁶¹.

Tablo-5: Antipsikotik tedavi gören bayan şizofren tanılı hastalarda cinsel ve hormonal bozukluk türleri.

Disfonksiyon	Hastalar (%)
<i>Cinsel Bozukluk</i>	
Normal cinsel işlev	30
Orgazmik disfonksiyon	19
Düşük orgazm	22
Orgazm niteliğinde değişme	33
Ağrılı orgazm	7
Orgazm gecikmesi veya kaybı	vaka raporları
<i>Endokrin Bozukluk</i>	
Galaktore	5-19
Jinekomasti	3
Amenore	22-50
Menstrual düzensizlikte artış	78
Menstrual nicelikte değişme	78

3.2. Cinsel Bozukluk Türleri

Psikiyatrik literatürde şizofreni tanılı hastalarda cinsel bozukluk pek az çalışma içermektedir. Bu çalışmaların çok azı kadınlarla ilgilidir. Sadece birkaç genel değerlendirme mevcuttur⁵. Birinci kuşak antipsikotik kullanan erkeklerde % 30-60 oranında oluşan cinsel yan etki ereksiyon ve boşalma bozukluğu, libido azlığı ve düşük orgazm, retrograd ve spontan ejakülasyondur⁶². Ayrıca priapizm de tespit edilmiştir⁶³. Kadınlarda düşük libido, orgazm bozukluğu ve anorgazmi tespit edilmiştir⁶⁴. Birinci kuşak antipsikotik tedavi alan kadınlar arasında % 50-90 oranında menstrual bozukluk tespit edilmiştir⁶⁵. Yine kadınlarda vajinal atrofi ve kuruluğa bağlı olarak disparoni tespit edilmiştir. Her iki cinste galaktore, erkeklerde jinekomasti tespit edilmiştir⁶⁶.

3.3. Seksüel Fonksiyonun Değerlendirilmesi

Birçok kişi cinselliğin doğası gereği cinsel bozukluğunu klinik tedavi uzmanlarına bildirmemektedir. Hastaların direk sorgulandığı klinik çalışmalarda bu oran daha fazladır. Hastanın cinsiyeti de bu konuda etkili olmaktadır. Çünkü erkek hastalar, kadın hastalara oranla daha az konuşmaktadırlar. Uzmanlar bu konuda tereddütlü de olsalar çalışmalar hastaların bu konuda konuşmak için daha istekli olduğunu göstermektedir⁶⁷. Şizofren hastalardaki cinsel bozukluk oranının yüksek olması klinik olarak araştırılmasını gerekli kılmaktadır.

Şizofren hastalarda antipsikotik tedavi etkilerinin değerlendirilmesi de karışıktır çünkü birinci kuşak antipsikotik tedavisinin zararlı etkileri ile hastalığın kendi etkileri üst üste gelmektedir. Şizofreni tanılı birkaç hastada cinsel düşünceler ve davranışlar artmıştır fakat şizofren hastaların büyük çoğunluğunda cinsel düşünceler, ihtiyaçlar ve aktiviteler azalmıştır⁶⁸.

Şizofren hastadaki cinsel bozukluğu ölçmenin tek bir metod veya yöntemi olmaması nedeniyle gerek hastalığın kendisinin, gerekse değişik antipsikotik'lerin etkilerinin ölçülmesi de genellikle zor olmaktadır. Bildiğimiz kadarıyla şizofren hastadaki cinsel bozuklukla ilgili yapılmış ve hastaya soru sorma ile edinilmiş sadece bir basılı yayın bulunmaktadır ve bu bile bir gelişme olarak kabul edilmektedir¹.

Daha geniş çalışmalar depresyonda yapılmaktadır. Clayton tarafından hazırlanmış olan aşağıdaki tabloda kullanılan değerlendirme şizofren hastalar için de kullanılabilir.

Psikiyatrik Hastalarda Cinsel Fonksiyon Değerlendirmesi Kriterleri:

1. Cinsiyet
2. Faz tespiti
3. Kısa açıklama
4. Hastanın isteği ile olması
5. Hastalığın ilaç etkilerinden ayrı olarak değerlendirilmesi
6. Zaman içerisinde değişimin incelenmesi
7. Premorbid ve hayat boyu fonksiyonların o anda var olan durumla değerlendirilmesi

3.3.1. Ölçekler

Cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek amacıyla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bunlar arasında LoPiccolo ve Steger tarafından geliştirilen, “Cinsel Etkileşim Ölçeği (The Sexual Interaction Inventory-SII)⁶⁹, Derogatis ve Melisaratos tarafından geliştirilen, “Derogatis Cinsel İşlevsellik Ölçeği (Derogatis Sexual Functioning Inventory-DSFI)⁷⁰, Schover ve arkadaşları tarafından geliştirilen, “Cinsel Öykü Formu (Sexual History Form-SHF)⁷¹, Rust ve Golombok tarafından geliştirilen, “Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction- GRISS)⁷² sayılabilir. Tuğrul ve arkadaşları, 1993’te Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği’nin ülkemizde de geçerli ve güvenilir olduğunu bildirmişlerdir⁷³. Halen Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Cinsel İşlev Bozuklukları Polikliniği’nde, Schover ve arkadaşlarının “Cinsel Öykü Formu” için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sürmektedir.

3.4. İkinci Kuşak Antipsikotikler

Cinsel bozukluk şizofren hastalarda önemli bir problem olarak görülmektedir. Birkaç yıl öncesine kadar bu konuda çok kontrollü araştırmalar olmamıştır. Çoğu araştırmalar küçük gruplarla yapılmıştır. Sadece bir araştırmada daha önce hiç tedavi görmemiş veya ilk epizod hastalar kullanılmıştır. Hemen hemen her çalışmada farklı bir oranlama metodu kullanılmıştır. Ayrıca unutulmamalıdır ki kişiler cinsellikleri hakkında konuşmaktan çekinmektedirler. Buna rağmen araştırmalar göstermiştir ki cinsel bozukluk tedavisinde ikinci kuşak antipsikotik ilaçlar birinci kuşak olanlara oranla daha çok tercih edilmektedir. Prolaktin’in rolü ise hala net değildir. Bu alanda daha çok araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır⁷⁴.

Harrow ve Silverstein tarafından yapılan toplumsal bir araştırmada psikotik hastaların % 47’sinde birinci kuşak antipsikotik ilaçlara rağmen devam eden psikotik belirtiler bulunmaktadır⁷⁵. Sonuç olarak hastalar ilaç tedavisinde gönülsüz olmakta ve bazısı bunu sonlandırmak istemektedir⁷⁶. Birçok çalışma cinsel problemleri birinci kuşak antipsikotik ilaç tedavisi ile ilişkilendirmiştir⁷⁷. Major zihinsel rahatsızlığı olan hastalarda cinsel bozukluk oranı % 18 ile % 67 arasında değişmektedir⁷⁸.

Psikotropik ilaçların antikolinerjik etkileri isteksizlik, yetersizlik/geç orgazm ve düşük libidoya sebep olmaktadır⁷⁹. Aisenberg üç grubu incelemiştir: ilaç kullanmayan

şizofren hastalar, antipsikotik alan şizofren hastalar, sağlıklı gönüllüler. Antipsikotik kullananlarda düşük libido, düşük cinsel performans, düşük cinsel istek, erken boşalma, ereksiyon problemleri ve düşük cinsel tatmin görülmüştür. Bir çalışmada hangi belirtilerin ilaçla ve hangilerinin hastalıkla ilişkilendirilmesi gerektiği sorulmuştur. Genellikle ilaç kullanımı durdurulduğunda cinsel fonksiyon artmıştır⁷⁷.

Henüz ikinci kuşak antipsikotik'lerin ikili ilişkiler ve sosyal ihtiyaçlar üzerindeki etkisi üzerine basılı yayın bulunmamaktadır. Bunların daha az ekstrapiramidal belirtilere neden olduğu görülmektedir⁸⁰. Buna rağmen sakinleştirici, disfori, cinsel bozukluk, kilo alma, endokrin etkiler, otonomik ve kardiovasküler etkiler, antikolinergik etkiler ve nöbetler, bazı ekstrapiramidal sorunlar gibi istenmeyen yan etkileri mevcuttur⁸¹.

İkinci kuşak antipsikotiklerin cinsel bozukluk yan etkileri ile ilgili literatürde çok az bilgi bulunmaktadır. Birçok klinik çalışması sistematik olarak cinsel fonksiyon oranlaması yapmamaktadır; daha çok COSTART terminolojisindeki sexual yan etkilere dayanılmaktadır⁸². Son bir çalışma risperidone, olanzapine, quetiapine ve haloperidol'i cinsel bozukluğun ve reproduktif yan etkilerin ölçülmesinde kullanmıştır⁸³. Bu çalışmada oran % 35-43 olarak tespit edilmiştir. Ketiapin'deki cinsel bozukluk oranı % 18 olarak tespit edilmiştir. Reprodüktif yan etkiler, haloperidol ve olanzapin için % 6-7 olarak benzer çıkmış, ketiayapin için % 3, risperidon için % 12 çıkmıştır.

3.4.1. Klozapin

Tuberoinfundibular yolakta klozapin'in dopamin blokajı için düşük eğilimi vardır ve plasma prolaktin seviyelerinde etkisi gözardı edilecek kadar azdır⁸⁴. Klozapin tedavisi sırasında cinsellik birinci kuşak antipsikotik'lerin kullanımındakinden daha iyidir. 100 şizofren hastayı içeren bir çalışmada bu şekilde daha az cinsel bozukluk tespit edilmiştir⁸⁵. Daha yakında yapılan bir çalışmada klozapinle diğer antipsikotiklere göre daha iyi düzeyde orgazm, haz alma oranları tespit edilmiştir⁸⁶. Başka bir çalışmada cinsel yan etkilerin klozapin ve haloperidol tedavisinde yaklaşık aynı miktarlarda tespit edilmiş ama klozapin tedavisinde yüksek plazma klozapin seviyesinde cinsel bozukluk bulunmuştur⁸⁷. Başka bir çalışmada klozapin tedavisinde, haloperidol ve risperidon tedavisine oranla önemsiz derecede cinsel bozukluk tespit edilmiştir; bunun sebebi prolactin-sparing etkileri olabilir⁸⁸. Klozapin tedavisinde priapizm ve empotans,

hiperprolaktinemi ile değil de α -adrenerjik ve muskarinik blokajla ilişkilendirilmiştir⁸⁹. Bilgilerimize göre klozapin tedavisi sırasında amenore, galaktore veya jinekomasti görülmemiştir⁹⁰.

3.4.2. Risperidon

Tüm ikinci kuşak antipsikotik'ler içerisinde plazma prolaktin seviyesini yükseltmek için risperidon en yüksek eğilime sahiptir⁹¹. Erkeklerdeki cinsel işlev bozuklukları, risperidone dozu ile ilişkilendirilmiştir. Ama bu kadınlarda gözlenmemiştir. Günlük 6 mg. dozdan aşağı alındığında cinsel bozukluk oranı plasebo'dan farklı olmamıştır⁹¹. Oldukça büyük bir çalışmada risperidon tedavisinde yaklaşık % 4 oranında hastada cinsel işlev bozukluğu, % 2 oranında kadın hastada amenore tespit edilmiştir⁹². Çalışmalarda risperidone tedavisinde hastaların % 24'ünde cinsel bozukluk ve menstrual değişiklikler gözlenirken, olanzapine tedavisinde bu oran % 20 bulunmuştur⁹³. Olanzapin, ketiyapin ve haloperidol tedavisine oranla risperidon tedavisinde hem cinsel bozukluk hem de reproduktif yan etkiler daha fazla bulunmuştur⁸⁸. Erkek hastalarda jinekomasti⁹⁴, galaktore⁹⁴, boşalma gücü⁹⁵ ve priapizm⁹⁶ tespit edilmiştir. Kadınlarda günlük 1 mg. dozda menstrual düzensizlik görülmüş ve yine düşük doz kullanımda ayrıca amenore ve galaktore de tespit edilmiştir⁹⁷. Ama yapılan çalışmalarda görülmektedir ki cinsel bozukluğun tespitine yeterince önem verilmemiştir.

3.4.3. Olanzapin

Olanzapin plazma prolaktin seviyesinde geçici yükselme yapmaktadır. Tedavi sırasında yetişkinlerde prolaktin seviyesi yükselişi sadece 1/3 oranında hastada çok az olmuştur⁸². Günlük 10-30 mg olanzapin tedavisi sırasında prolaktin seviyesi yaklaşık 17 ng/mL olmuştur ki bu normal, ilaç kullanmayan ve klozapin tedavisi alan hastalara oranla daha yüksektir⁹⁸. Aynı çalışmada haloperidol tedavisi gören hastalarda prolaktin seviyesi, olanzapine tedavisi gören hastalara oranla yaklaşık 2 kat fazla bulunmuştur. En az 7 çalışma olanzapin kullanımında priapizmin ilacın α -adrenerjik ve muskarinik blokajı ile ilgisi olabileceğini söylemiştir⁸⁹. Muskarinik blokaj muhtemelen doza bağlı olarak değişmektedir⁹⁹. Doz fazlası olanzapin kullanımında sadece bir vakada priapizm tespit edilmiştir¹⁰⁰. Bundan dolayı yüksek dozlar yüksek priapizm riski ile

ilişkilendirilebilir. Büyük bir klinik araştırmasına göre rutin dozda kullanılan olanzapin ve risperidon tedavisinde erkek hastalarda yaklaşık % 30 oranında cinsel bozukluk tespit edilmiştir⁹³. Başka bir çalışmada da risperidon, ketiyapin, haloperidol ve olanzapin kullanımında % 35 oranında cinsel bozukluk ve reproduktif yan etkiler bulunmuştur⁸³.

Olanzapin ve onun cinsel fonksiyona, hormon profiline etkisi ile birinci kuşak antipsikotik ilaçların karşılaştırılması Costa tarafından araştırılmıştır. 63 ayakta tedavi gören erkek şizofren hasta 2 ayrı gruba ayrılmış. Bir grup Olanzapin (% 8,5 birinci kuşak antipsikotik ilaç kombinasyonu ile) tedavisi almış diğer grup birinci kuşak antipsikotik ilaç (haloperidol veya klorpromazin veya ikisi birden) tedavisi almıştır. Çoğu hasta daha önceden haloperidol tedavisi almıştır. Olanzapin dozu 17,5 mg/gün'dür. Rapor cinsel bozukluğun somatik hastalık sebebi ile olup olmadığını göstermemektedir. 52 hasta 9 aylık çalışma sürecini tamamlamıştır. Hastalarda Dickson Glazer Scale fort he Assesment of Sexual Functioning Inventory (DGSFi) kullanılmıştır.

Her iki grupta da başlangıç prolaktin değerlerinde artış görülmüştür. 9 ay sonra prolaktin seviyesi önemli ölçüde her iki grupta da düşmüştür. Birinci kuşak antipsikotik kullanan grupta ise seviye yüksek kalmıştır. Çalışmanın bitiminden 3 ay sonra olanzapine grubunda prolaktin seviyesi daha hızlı oranda düşmüştür. Sex hormone-binding globuline seviyesi birinci kuşak antipsikotik kullanan grupta çalışma sonrasında önemli oranda artmıştır¹⁰¹.

Bu çalışmada prolaktin, luteinizan hormon seviyeleri ve cinsel aktivite olmadan geçen zaman arasında pozitif bir bağıntı bulunmuştur.

Bu çalışmada grubun küçüklüğü ve her iki grupta da birden fazla antipsikotik ilaç kullanılması sonucu değerlendirmede zorluk yaratmıştır. Yazarlara göre olanzapin ile birinci kuşak antipsikotik ilaçlar arasındaki tek fark hormon seviyesi normalleşmesi oranlarıdır.

Bugüne kadar yapılan araştırmaların tersine ilk kez Bitter ilk defa tedavi olacak şizofreni tanılı hastalarda cinsel fonksiyonu incelemiştir. 570 hasta 3 ve 6 ay antipsikotik ilaç tedavisi sonrası incelenmiştir. Araştırmada 3 grup ayrılmıştır: olanzapine, risperidone ve birinci kuşak antipsikotikler. İlaç tedavisi öncesi % 37 hastada cinsel bozukluk tespit edilmiştir. 3 ay sonra farklılık olanzapine tedavisi gören

grup lehine olmuş ve diğer gruplara göre cinsel bozukluk düzeyinde farklılık görülmemiştir. 6 ayda libido eksikliği açısından olanzapine tedavisinde daha iyi sonuçlar alınmıştır¹⁰². Bu sonuçlar aşağıdaki başka bir araştırma sonuçlarına benzerdir.

3828 ayakta tedavi gören hasta Dossenbach tarafından incelenmiştir. 2638 hasta olanzapin, 860 hasta risperidon, 142 hasta ketiyapin, 188 hasta haloperidol tedavisi görmüştür. Olanzapine ve ketiyapin tedavisi gören hastalarda daha az cinsel bozukluk görülmüştür. Sonuçlar menstrual bozukluk için de geçerlidir¹⁰³.

3.4.4. Ketiyapin

Prolaktin seviyesi artışında az etkisi vardır. Ketiyapin tedavisinde yapılan tüm büyük çalışmalarda prolaktin seviyesi taban seviyesinde son noktaya kadar düşürülmüş ve ketiyapin ve plasebo arasında fark bulunamamıştır¹⁰⁴. 2000'den fazla hastada yapılan ketiyapin tedavisinde menstrual değişiklikler % 1 oranından az olmuştur¹⁰⁵. Bugüne kadar literatürde hiç cinsel bozukluk bulunamamıştır. Fazla doz kullanımında sadece 1 vakada priapizm bulunmuştur ve α -1 antagonist etkiye ikincil kabul edilmiştir¹⁰⁶. Empotans, boşalma bozukluğu ve amenore hastalarda % 0,1 oranından daha az bulunmuştur¹⁰⁷. Son çalışmalara göre ketiyapin kullanımındaki % 18 cinsel işlev bozukluğu oranı, risperidon, olanzapin ve haloperidol kullanımındaki % 35-43 oranına göre en az olanıdır. % 3 den daha az olan reproduktif yan etkiler oranı da yine ketiyapin tedavisinde en azdır⁸³.

Bir İspanyol grup 82 adet ayakta tedavi olan şizofren hastada ketiyapin etkilerini incelemiştir. Hastalara ortalama 525,4 mg ketiyapin verilmiştir ve 6 ay boyunca gözlemlenmiştir. Hastalarda Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire (PRSexDQ) kullanılmıştır. Yapılan derecelendirmede sorulan sorular libido, orgazm, boşalma, ereksiyon ve genel cinsel tatmin olmuştur ve yüksek dereceler yüksek cinsel bozukluk olarak değerlendirilmiştir. Ama laboratuvar testleri yapılmamıştır. Daha önce başka antipsikotik ilaçlarla tedavi gören hastalar ketiyapin tedavisine döndürülmüş ve bunların 56 adedinde araştırma puanlarında çalışma başlangıcındaki puanlara göre düşme görülmüştür. Sadece ketiyapin tedavisi alan hastalarda ise bu değer değişmemiştir. Bu hastalar daha düşük cinsel bozukluk puanları ile başlamışlardır¹⁰⁸.

Yazara göre ketiyapinin uzun dönem kullanılması cinsel bozukluk sıklığını azaltmaktadır. Çalışma, kontrol grubunun olmaması ve birçok hastanın başka bir

antipsikotik ilaçtan dönüş yapması nedeniyle kısır kalmıştır. Altı örnek göstermiştir ki ilk olarak ketiyapin ile başlayan tedavide daha düşük puan elde edilmiş ve bu 6 ay boyunca da değişmemiştir. Bu da kanıtlamıştır ki ketiyapin'in cinsel bozukluğa eğilimi azdır. Maalesef yazar prolaktin veya seks hormonlarını, bu hormonlar ve cinsel fonksiyon arasındaki ilişkileri ölçmemiştir.

Atmaca, 36 hastada 512 mg/gun ketiyapin tedavisini 4 hafta süreyle ve arkasından 2 hafta ilaçsız olarak araştırmıştır. Temel organik cinsel bozukluk hariç tutulmuştur. Hastalar başlangıçta yüksek ASEX (Arizona Sexual Experience Scale) puanları göstermiştir. Dört hafta sonra ketiyapin tedavisinin ASEX puanlarında önemli oranda artış etkisi olduğu ve erkeklerde ağırlıklı olarak azalmış libido ve ereksiyon bozukluğu, kadınlarda amenore görülmüştür¹⁰⁹. Ama yine küçük bir çalışma grubu olması, kontrol grubu eksikliği sonuçların genellemesini güçleştirmektedir.

3.4.5. Ziprasidon

Bu molekül ile plazma prolaktin seviyesi ve cinsel fonksiyon bozukluğu konusunda çok az bilgi vardır. 52 haftalık bir çift kör çalışma sonunda prolaktin seviyesi ziprasidon tedavisinde yaklaşık 19 ng/mL ve risperidone tedavisinde yaklaşık 60 ng/mL olarak artış göstermiştir¹¹⁰. Empotans, boşalma bozukluğu, amenore, galaktore ve anorgazmi % 0,1' den daha az bulunmuş ve sadece bir vakada priapizm tespit edilmiştir¹¹¹.

3.4.6. Aripiprazol

Aripiprazole tedavisi sırasında serum prolaktin seviyesinin taban seviyesinden tüm dozlarda düşme gösterdiği saptanmıştır. 4 haftalık bir çalışmada 7 ng/mL kadar düştüğü ve bunun placebo (< 15 ng/mL) ile benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir¹¹². Yüksek prolaktin seviyesindeki düşmenin sebebi D2 dopamine reseptör'ünün aripiprazol'ün kısmi agonizmi ile açıklanmaktadır. Cinsel bozukluk çok ender görülmüştür¹¹³. Bu konuda daha çok çalışma gerekmektedir.

3.5. Cinselliğin Psikososyal Etkenleri

Şizofreni tanılı hasta tedavisinde ikinci kuşak antipsikotikler yan etkilerinin daha az olması, kolay uyum sağlanması, daha etkili olması nedeniyle çok hızlı bir şekilde

birinci kuşak antipsikotik ilaçların yerini almaktadır¹¹⁴. İkinci kuşak antipsikotik tedavisine geçen pek çok kadın hastada planlanmamış hamilelik olmuştur¹¹⁵. Yeni antipsikotik ilaçların erkek üretkenliği ile ilgisi henüz bilinmemektedir¹¹⁶ ve bu konuda araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır. Son bir çalışmada hamile kalmak istemeyen şizofren kadın hastalarda genellikle doğum kontrolü kullanılmadığı gözlenmiştir. Şizofren kadın hastalarda daha fazla düşük yapma ve hamilelik sırasında şiddet mağduru olma gözlenmiştir¹¹⁷.

Özellikle Amerika’da yapılan son çalışmalarda kronik zihin rahatsızlığı olan yetişkinlerde yaygın olan HIV-risk davranışları incelenmiştir. Bunun sebebi psikiyatrik toplumda hızlı bir şekilde artan HIV yaygınlığıdır¹¹⁸. Çalışmalarda artan oranda psikiyatrik hastalarda HIV enfeksiyonu bulunmuştur¹¹⁹. Genel nüfusa oranla ciddi zihin rahatsızlığı olan hastalarda HIV seroprevalansı oranları çok yüksek bulunmuştur¹²⁰.

Şizofrenlikte aile önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir¹²¹. Şizofren ailelerde aileye sosyal sorunların üstesinden gelmede, problem çözmede, psikolojik danışmanlık, iletişim kurma ve sosyal bilgi oluşturma konusunda yardım edilmektedir. Seks ve yakın ilişkiler ise genellikle aile içinde açığa verilmemektedir¹²². Bu konuda da çalışmalar yapılmalıdır.

Şiddetli zihinsel rahatsızlıkları olan hastaların birbirleriyle evlenmeleri kabul görmemektedir. Freud (1917), “erkek hastalarımıza sinirsel bir rahatsızlık geçirmiş hiçbir kızla evlenmemelerini şiddetle tavsiye ederiz” demiştir. Shanks ve Atkins en az 5 yıl psikiyatrik yardım alan 22 evli çift ile bir araştırma yapmışlardır. Bunların yarısı aileleri ve profesyoneller tarafından evliliğe karşı engellenmek istenmiştir. Araştırma sonucu ise zamanla bu hastaların daha az hastane ile ilişkiye girdiklerini ve yakın ilişkilerinde tatminlerinin arttığını göstermiştir¹²³. Bunun sebebi yetersizliği olan iki kişinin bu konuda birbirine verdiği destek olabilir¹²⁴.

Zihinsel rahatsız hastalarda görülen önemli bir fark yabancılaşmadır. DeNiro yakın ilişkileri, yakın olmayı, ayrılmayı, yalnızlığı, sosyal yalnızlığı ve ait olma duygusunu analiz etmiştir¹²⁵. Şizofren hastalar kendilerini farklı hissetmektedir; kendilerini damgalanmış ve sosyal olarak mesafeli hissetmektedirler. Bu onları umutsuz ve endişeli yapmıştır. Hastaların yarısından çoğu yanlış aile davranışları ve hastalığa verilen reaksiyon sonucu kendilerini soyutlanmış hissetmiştir. Çoğu hastanın hayatta eğlenme ve tatmin olma beklentisi kalmamıştır. Hemen hemen yarısı düşünce ve

duygularını paylaşmak için istek duymaktadır. İşbirlikçi akrabalarla hemşireler sayesinde yakın ilişkilerde umut verici ilerleme sağlanabilir¹²⁶.

Şizofreni tanılı hastalara gösterilen önyargı, ayrımcılık, güçlük çıkarma ve negatif davranışlar onların kişisel özgüvenlerine, kişilik gelişmesine, cinsel ve yakın ilişki kurma olasılıklarına zarar verir. Gelecek neslin de hastalıklı olabilmesi olasılığı üzerine yaratılan korkular da yine bu ilişki kurma düzeyine olumsuz etki eder¹²⁷.

Zihinsel rahatsızlıklar konusunda uzman ve profesyonel kişiler, hastaların ihtiyaçlarına cevap verebilmek için onlara cinsellik ve cinsel konular hakkında sorular sormalıdırlar. Toplumun hassas insanlarından oluşan bu hastalara gereken bakımın verilmesi ve ayrımcılık yapılmaması gerekmektedir¹²⁸.

Çalışmalara göre şizofreni tanılı hastaların karşılanamayan cinsel ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bunların konuşulması gerekmektedir¹²⁹. Bunu takiben aile planlaması, eğitim gibi konular hakkında da danışmanlık verilmesi gerekmektedir.

3.6. Şizofren Hastalarda Cinsellik ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Cinsel konularda konuşma arzusu yaş, cinsiyet, eğitim durumu, negatif veya pozitif şizofreni belirtilerine bağlı bulunmamaktadır. Buna rağmen cinselliği konuşabilen şizofren erkek ve kadın hastalarda bozukluk cinsel fonksiyonun her alanında (arzu, uyarılma ve orgazm) yüksek oranda bulunmuştur¹³⁰.

Şizofren hastalarda cinsel fonksiyon değerlendirmesi zordur. Bu konuda değerlendirme yapabilmek için bugüne kadar sürekli olarak tek bir metot veya ölçek kullanılmamıştır. Birçok ölçek arasında CSFQ (Changes in Sexual Functioning Questionnaire) onaylanmış olmasının avantajı ile farklıdır¹³¹. Hastalığın kendisi ve psikososyal sebepler gibi pek çok faktör şizofren hastalarda cinsel bozukluğa sebep olabilmektedir. Kadın hastalarda azalan uyarılma ve orgazm, pozitif belirtiler ve genel belirtiler ile ilişkilendirilmiştir. Erkek hastalarda cinsel aktivite yoğunluğunun azalması pozitif belirtilerle ilişkilendirilmiştir. Ayrıca kadın hastalarda orgazm zorluğu ile ilişkilendirilen depresyon bulunmuştur. Fakat erkek hastalarda depresyon ve cinsel bozukluk arasında ilişki bulunmamıştır¹³⁰.

78 ayakta ve yatakta tedavi gören şizofren hastada yapılan bir çalışmada Macdonald bulmuştur ki; cinsel zevk almada zorluk yasayan kadın hastalarda PANSS (Positive and Negative Symptom Scale) ile ölçülen negatif belirti puanları ve genel

psikopatoloji puanları daha yüksektir. Buna karşılık erkek hastalarda PANSS toplam ve alt ölçek puanları ile cinsel bozukluk arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır¹³².

Birinci kuşak antipsikotik tedavi alan kadın ve erkek 101 hastada yapılan başka bir çalışmada depresyon zayıf libido, düşük uyarılma ve orgazm problemleri ile ilişkilendirilmiştir¹³³.

Yaşam kalitesi pek çok yaşam alanı çeşitliliği nedeniyle çok geniş bir kavramdır. Henüz bunu efektif olarak değerlendirebilecek herhangi bir değerlendirme yöntemi yoktur. QLS (Quality of Life Scale) ve BASIS (The Behavior and Symptom Identification Scale)'de cinsel fonksiyonla ilişkilendirilmiş sadece tek bir soru vardır. Bu nedenle değerlendirme cinsel bozukluğu değerlendirme için yeterli değildir. Cinsel fonksiyonun kendisi karışıktır ve pek çok unsuru içerir ve hem kliniksel olarak hem de araştırma olarak özel olarak değerlendirilmelidir¹³

3.7. Cinsel Bozukluk Tedavisi

Klinisyen unutmamalıdır ki şizofren hastalarda tüm cinsel rahatsızlıkların sebebi antipsikotik ilaçlar değildir. Antikolinergik ve antidepresan ilaçlar da cinsel bozukluğa sebep olabilir. Diyabet gibi hastalıklar da buna sebep olabilir¹³⁴. Klozapin ve olanzapin kilo almaya, glukoz disregülasyonuna sebep olabilir. Ayrıca cinsel yan etkiler doza bağlıdır ve kullanılan bir antipsikotik dozunu düşürmek yarar sağlayabilir ya da kullanılan antipsikotik değiştirilebilir. Cinsel bozukluk ikinci kuşak antipsikotik kullanımında birinci kuşak antipsikotik ilaçlara oranla daha düşüktür¹.

Geçmişte kullanılan bazı farmakolojik ilaçların seksüel fonksiyon bozukluğunda yararlı etkileri olmuştur. Ancak kullanımında bazı yan etkiler olmuştur. 2,5 mg dozda kullanılan Bromokriptin hiperprolaktinemili hastalarda libidoyu artırmıştır. Ancak ilacın mide bulantısı, yüksek tansiyon ve exacerbation gibi yan etkileri olması nedeniyle tavsiye edilmemiştir¹³⁵. 10-20 mg dozda kullanılan Bethanechol¹³⁶, 4 mg. dozda kullanılan Cyproheptadine¹³⁷ antidepresana bağlı anorgazmi tedavisinde başarıyla kullanılmıştır. Yohimbine ve Amantadine de empotans ve anorgazmi tedavisinde kullanılmıştır¹³⁸. Bu çalışmalar ikinci kuşak antipsikotik'lerden öncedir; son çalışmalarda sildenafil veya cabergoline de mevcuttur. İki vaka çalışmasında şizofren-spectrum hastalarda sildenafil'in libido ve ereksiyon fonksiyonu üzerinde olumlu etkisi gözlenmiştir¹³⁹. Son on yılda cinsel bozukluk hakkında sadece bir araştırma

yayınlanmıştır. Bu da ereksiyon bozukluğudur. 32 ereksiyon bozukluğu olan şizofren hastaya günde 1-2 kere 25 mg. sildenafil veya placebo verilmiş ve 2 hafta sonra sildenafil verilene placebo, placebo verilene sildenafil verilmiştir. Yazara göre günlük 50 mg tolere edilebilir sildenafil şizofren hastalarda ereksiyon bozukluğu tedavisinde uygun bulunmuştur¹⁴⁰.

Hiperprolaktinemili hastalarda yapılan bir çalışmada, cabergoline'in prolactin seviyesinde bromokriptin'e oranla daha iyi azalma sağladığı bulunmuştur¹⁴¹. Kullanılan dozlar genellikle haftalık 1 mg.dır. Ayrıca shakuyaku-kanzo-to adlı bir herbal ürün de risperidona bağlı amenore tedavisinde fayda sağlamıştır¹⁴². Yine bir başka çalışmada bu herbal ürün erkek hastalarda nöroleoptiklere bağlı hiperprolaktinemi tedavisinde faydalı olmuştur¹⁴³.

Bazı kadın ve erkeklerde dehydroepiandrosterone gibi hormon replasmanı veya androjen yetersizliği ve cinsel bozukluk için testosteron'da yarar sağlamıştır¹⁴⁴. Bazı son çalışmalarda şizofren hastalarda, kadınlardaki düşük estradiol ve progesterone serum seviyesi kadar düşük DHEA ve DHEA-S bulunmuştur¹⁴⁵. Bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

3.8. Şizofren Hastalarda Cinsel Bozukluk Yönetimi

Normal bir cinsel davranış kendine güvenmenin önemli bir faktörüdür. Bireyler eğer cinsel hayatlarını etkileyecek ise verilen ilaç tedavisini almamakta serbesttirler. Prolaktin seviyesinin sağlanması ve cinsel bozukluğun minimize edilmesi şizofren hastalarda tedaviyi olumlu yönde etkiler. Bu nedenle konu önemlidir. İlaç tedavisi sırasında hastalar mutlaka cinsel hayatlarındaki bozukluklar hakkında sorulara tabi tutulmalıdır¹⁴⁶. Eğer cinsel bozukluk var ise antipsikotik ilacın dozunun azaltılması, prolaktin seviyesini artırmayan başka bir antipsikotik tedaviye dönülmesi, cinsel fonksiyonu hedef alan fosfodiesteraz tip 5 (PDE5) inhibitör'üne (sildenafil) geçilmesi¹⁴⁰, dopamine agonistleri (amantadin)¹⁴⁷, hormon yenileme tedavisi¹⁴⁸ (kadınlar için östrojen/progesteron, erkekler için testesteron) uygulanabilmelidir. Verilere göre sildenafil, tadalafil ve vardenafil gibi PDE5 inhibitor'leri ereksiyon bozukluğu yaşayan şizofren hastalarda olumlu sonuç vermektedir. Artan prolaktin seviyesi ve cinsel bozukluklarda aripiprazol geçerli bir alternatif tedavidir¹⁴⁹.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Çalışma Grubu

Çalışma grubu: DSM IV- TR' ye göre, Şizofrenik Bozukluk tanısı konularak izlenen 43 hastadan oluşmuştur. Hastalar 2009 ve 2010 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikotik Bozukluk Birimi'nde düzenli olarak izlenen, evli olan, 18-65 yaş arası, başka bir fiziksel rahatsızlığı olmayan ve çalışma için onay veren hastalar içinden rastgele yöntemle seçilmişlerdir.

Katılım ölçütleri şunlardır:

- (1) DSM-IV tanı ölçütlerine göre Şizofrenik bozukluk tanısı konulmuş olması;
- (2) 18-65 yaş aralığı;
- (3) En az 3 ay boyunca aynı antipsikotik ilacın uygun dozda alınmış olması;
- (5) CGI \leq 4;
- (6) En az ilkokulu bitirmiş ve soruları cevaplayabilecek işlevsellik düzeyine sahip olunması.
- (7) Cinsel bozukluğa sebep olan ilaçların (antidepresan, antihipertansif, antidiyabetik, vbg. ilaçların) kullanımının olmaması.
- (8) Cinsel bozukluğa sebep olabilecek sistematik tıbbi bir hastalığın bulunmaması;
- (9) Hamilelik veya emzirme döneminin bulunmaması
- (10) Alkol ve/veya ilaç bağımlılığı veya kötüye kullanımının olmaması.

4.2. Yöntem

Her hasta için Psikotik bozukluk hasta kayıt formu hastanın tedavisinden sorumlu hekim tarafından gerçekleştirilmiştir. Hastalığın şiddetinin klinik açıdan değerlendirilmesi klinik global izlenim ölçeği kullanılarak yapılmıştır. Hastalara başlangıçta SCID-I uygulanmış ve tanısal açıdan değerlendirmeleri yapılmıştır. Her hastaya Golomboc-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) uygulanmıştır. Çalışmanın başlangıcında bir ön toplantı yapılmış ve çalışma anlatılmış, cinsel fonksiyon değerlendirilmesi için kullanılacak derecelendirmeler hakkında eğitim verilmiştir.

GRCDÖ hekim tarafından hastaya verilmiş maddeler açıklandıktan sonra hastanın yalnız ve yönlendirme olmadan doldurması sağlanarak uygulanmıştır. İşbirliğini ve cevapların güvenilirliğini arttırmak için hastaya cevapların bulunduğu kartlar verilmiştir. GRCDÖ toplam puanı değerlendirmesinde alınan yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir. Ham puanların standart puanlara dönüştürülmesi sonrasında 5 ve üstü puan alınan alt boyutlarda “sorun” yaşandığı kabul edilmiştir. GRCDÖ’nin Türkçe versiyonu kullanılmıştır.

4.3. Veri Toplama Araçları

4.3.1. Psikotik Bozukluk Hasta Kayıt Formu

Bu çalışmada Çukurova Üniversitesi Psikiyatri A.B.D. Psikotik Bozukluk Birimi tarafından geliştirilen “Psikotik Bozukluk Hasta Kayıt Formu” kullanılmıştır. Bu formun geliştirilmesindeki amaç polikliniğimizde izlenen Psikotik Bozukluk tanılı olguların ortak, sistematik bir kayıt formu ile izlenerek, ortak veri tabanı oluşturmaktır. Çalışmada kullanılan Psikotik Bozukluk Hasta Kayıt formu (Ek 2); Hastaların adı-soyadı, yaşı, cinsi, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, aile tipi, sosyoekonomik düzeyi, el dominansı gibi sosyodemografik verileri, başlangıçtaki stres etkenini ve temel belirtileri, eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik hastalıkları, daha önce kullanmış olduğu ve şu an kullanmakta olduğu farmakoterapileri, EKT sayısı, doğum ve çocukluk öyküsünü, toplam hastane yatış sayısını, alışkanlıkları ve aile öyküsünü elde etmeyi amaçlayan otuzüç sorudan oluşmaktadır. Ek olarak mevcut durumdaki hastanın Klinik Global İndeks (CGI) değeri de bu forma eklenmiştir.

4.3.2. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)

Heteroseksüel kadın ve erkeklerde cinsel ilişkinin niteliğini belirlemek ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek üzere kullanılan, heteroseksüel cinsel yaşamı olan kadın ve erkeklere uygulanabilen, kişi tarafından verilen form üzerinde işaretlenerek doldurulan ve hem kadın hem de erkeklere yönelik hazırlanmış 28 maddeden oluşan bir formdur. Özgün adı Golombok-Rust Sexual Satisfaction Inventory (GRISS)’dir¹⁵⁰. Türkçeye Tuğrul (Daş) C, Öztan N, Kabakçı E tarafından uyarlanmıştır¹⁵¹.

Her madde 0-4 arasında giderek artan puan alır. Bazı maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Ters yönde puanlanan maddeler kadın formunda 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 25, 26, 27 ve 28'dir. Erkek formunda ise 1, 2, 3, 4, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 19, 20, 21 ve 25. maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde hem toplam, hem de alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilir.

Kadın formunda 3. ve 15. maddeler sıklık; 2. ve 16. maddeler iletişim; 5., 10., 18. ve 22. maddeler doyum; 7., 13., 20. ve 23. maddeler kaçınma; 9., 12., 19. ve 25. maddeler dokunma; 6., 11., 17. ve 24. maddeler vajinismus ve 8., 14., 21. ve 28. maddeler ise anorgazmi alt boyutunu oluşturmaktadır. Erkek formunda 3., 10., 16. ve 23. maddeler empotans; 4., 13., 24. ve 27. maddeler erken boşalma; 6., 12., 20. ve 25. maddeler dokunma; 7., 14., 22. ve 28. maddeler kaçınma; 5., 11., 15. ve 21. maddeler doyum; 1. ve 17. maddeler sıklık ve 2. ve 9. maddeler ise iletişim alt boyutlarını oluşturmaktadır. Bu testin değerlendirilmesinde alınan yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir.

Kadın ve erkek formlarında beşi ortak olmak üzere yedi alt boyut yer almaktadır. Her iki formda ortak olan alt boyutlar kaçınma, doyum, iletişim, dokunma ve ilişki sıklığı alt boyutlarıdır. Bu alt boyutlara ek olarak kadın formunda vaginismus ve orgazm bozukluğu, erkek formunda ise erken boşalma ve empotans alt boyutları bulunmaktadır. İlişki sıklığı ve iletişim alt boyutları ikişer, diğer alt boyutlar dörder madde ile sorgulanmaktadır. Ayrıca her iki formda da bu alt boyutlar dışında kalan, ancak cinsel ilişkinin niteliği ile ilgili dört madde yer almaktadır.

4.4. İstatistiksel İşlemler

Çalışmamızdaki tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 11. 0 İngilizce paket programı yardımıyla yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin, sıklıklarının ve oranlarının karşılaştırılmasında Ki-kare, gerekli yerlerde Fisher Kesin Ki – kare testi uygulanmıştır. İki grubun sürekli değişkenlerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında: Student T Testi, ikiden fazla grubun sürekli değişkenlerinin karşılaştırılmasında One-Way Anova Testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin korelasyonu için Pearson Korelasyon Testi uygulanmıştır. Ayrıca sosyodemografik veriler ve kullanılan ilaçlarla ilgili tanımlayıcı istatistikler de sunulmuştur.

5. BULGULAR

5.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya alınan toplam 43 hastanın 32'si (% 74,4) erkek, 11'i (% 25,6) kadındı. Hastaların hepsi evli ve sürekli bir cinsel eşe sahipti. Hastaların yaşları 18- 65 arasında, ortalama 42,8±9,95'di. İzlediğimiz hasta grubunun % 4,7'si 18- 29 yaş grubunda, % 39,5'i 30-39 yaş grubunda, % 27,9'u 40-49 yaş grubunda ve % 27,9'u 50-65 yaş grubunda idi. Hastaların % 32,55'i ilkokul, % 9,3'ü ortaokul, % 23,25'i lise, % 34,9'u üniversite düzeyinde eğitime sahipti. Ortalama öğrenim süresi 10,1±4,25 yıldır. Erkeklerin % 46,5'u çalışan, kadınların % 82'si ev hanımıydı. Hastaların % 20,9'u orta, % 79,1'i alt sosyoekonomik düzeye sahipti. Ortalama hastalık süresi 13,2±'8,53'di. % 34,9 hastada sigara kullanımı ve % 2,3 hastada kafein kullanımı öyküsü vardı. Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6: Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri

	Erkek	Kadın	Toplam
Yaş grupları	N (%)	N (%)	N (%)
18-29	2 (%6,25)	0 (0,0)	2 (%4,7)
30-39	12 (%38)	5 (%45,45)	17 (%39,5)
40-49	8 (%25)	4 (%36,36)	12 (%27,9)
50-65	10 (%31,25)	2 (%18,18)	12 (%27,9)
Eğitim durumu			
İlkokul	6 (%18,75)	8 (%72,72)	14 (%32,55)
Ortaokul	4 (%12,5)	0 (0,0)	4 (%9,3)
Lise	8 (%25)	2 (%18,18)	10 (%23,25)
Üniversite	14 (%43,75)	1 (%9)	15 (%34,9)
Eğitim süresi			
5-10 yıl	11 (%34,4)	8 (%72,7)	19 (%44,2)
10-15 yıl	21 (%65,6)	3 (%27,3)	24 (%55,8)
Meslek			
Ev kadını	0 (0,0)	9 (%82)	9 (%21)
Memur	10 (%31)	0 (0,0)	10 (%23,2)
İşçi	1 (%3)	0 (0,0)	1 (%2,3)
Emekli	13 (%41)	1 (%9)	14 (%32,6)
İşsiz	4 (%12,5)	1 (%9)	5 (%11,6)
Serbest	4 (%12,5)	0 (0,0)	4 (%9,3)

Tablo 6: Devamı

Sosyoekonomik Düzey	Erkek	Kadın	Toplam
Üst	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Orta	5 (%15,6)	4 (%36,4)	9 (%20,9)
Alt	27 (%84,4)	7 (%63,6)	34 (79,1)
Başlangıçta temel belirti			
Hezeyanlar	26 (%81,3)	4 (%36,4)	30 (%69,8)
Hallüsinasyonlar	5 (%15,6)	7 (%63,6)	12 (%27,9)
Diğer	1 (%3,1)	0 (0,0)	1 (%2,3)
Alışkanlıklar			
Sigara	13 (%40,6)	2 (%18,2)	15 (%34,9)
Diğer	1 (%31,3)	0 (0,0)	1 (%2,3)
Hastalık Süresi			
0-10 yıl	15 (%46,9)	5 (%45,5)	20 (%46,5)
11-20 yıl	10 (%31,2)	5 (%45,5)	15 (%34,9)
21-30 yıl	5 (%15,6)	1 (%9)	6 (%14)
31 yıl<	2 (%6,3)	0 (0,0)	2 (%4,6)
Hastaneye yatış sayısı			
0	8 (%25)	2 (%18,2)	10 (%23,3)
1	8 (%25)	3 (%27,3)	11 (%25,6)
1<	16 (%50)	6 (%54,5)	22 (%51,1)

5.2. Tanısal Özellikler

Çalışmaya alınan hastaların % 100'ü Şizofrenik Bozukluk tanısı almıştır. Hastaların 3'ü (% 7'si) birinci kuşak antipsikotik, 40'ı (% 93'ü) ikinci kuşak antipsikotik kullanmaktaydı. Ortalama CGI(Klinik Global İndeks) değeri 9,20±0,67'di (Tablo 7).

Tablo 7: Çalışmaya katılanların antipsikotik kullanımına ve CGI değerlerine göre dağılımı

	Erkek	Kadın	Toplam
Antipsikotik			
BKAP	2 (%6,3)	1 (%9,1)	3 (%7)
İKAP	30 (%93,7)	10 (%90,9)	40 (%93)
CGI değerleri			
CGI=2	6 (%18,75)	0 (0,0)	6 (%14)
CGI=3	14 (%43,75)	8 (%72,7)	22 (%51,2)
CGI=4	12 (%37,5)	3 (27,3)	15 (%34,8)

5.3. Cinsel Sorunların Yaygınlıkları

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nden (GRCDÖ) elde edilen ham puanların standart punlara dönüştürülmesiyle hastalarda Cinsel ilişki sıklığı, iletişim, doyum,

kaçınma, dokunma alt boyutlarında sorun yaşayanların oranları hesaplanmıştır. Ayrıca erkek grubunda erken boşalma ve sertleşme güçlüğü, kadınlarda vajinismus ve anorgazmi oranları ayrı olarak hesaplanmıştır. GRCDÖ standart puanlarına göre hastaların % 74,42'sinde cinsel ilişki sıklığında, % 48,84'ünde iletişim alanında, % 27,9'un da cinsel doyum alt boyutunda, % 48,84'ünde kaçınma alanında ve % 4,65'inde dokunma alt boyutunda sorun yaşandığı saptanmıştır. Erkeklerde erken boşalma % 84,375 ve sertleşme güçlüğü % 75 oranında bulunmuştur. Kadınların ise % 100'ünde vajinismus alt boyutunda ve % 27,3'ün de ise anorgazmi alanında sorun yaşandığı bulgusu edinilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8: GRCDÖ alt ölçek puanlarının standart puanlara dönüştürülmesi sonrası alt boyutlarda cinsel işlev bozukluğu görülme oranları

	Erkek (n=32)	Kadın (n=11)	Toplam (n=43)
	N (%)	N (%)	N (%)
Sıklık	22 (%68,75)	10 (%91)	32 (%74,42)
İletişim	14 (%43,75)	7 (%63,6)	21 (%48,84)
Doyum	10 (%31,25)	2 (%18,2)	12 (%27,9)
Kaçınma	13 (%40,6)	8 (%72,7)	21 (%48,84)
Dokunma	2 (%6,25)	0 (0,0)	2 (%4,65)
Erken boşalma	27 (%84,37)	-	-
Sertleşme güçlüğü	24 (%75)	-	-
Vajinismus	-	11 (%100)	-
Anorgazmi	-	3 (%27,3)	-

Alt boyutlardaki işlev bozukluklarının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında; kadınlar da cinsel ilişki sıklığı, cinsel iletişim, kaçınma işlevlerindeki bozukluk oranlarının, erkeklerde ise doyum ve dokunma işlevlerindeki oranların daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Ancak Tablo 9'da görüldüğü üzere sadece iletişim alt ölçeğinde işlev bozukluğunun kadınlar da erkeklere göre yüksek oranda bulunması anlamlı olarak saptanmıştır ($t=2,19$; $p=0,034$). Diğer alt boyutlarda ve toplam GRCDÖ puanında cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 9: Deneklerin GRCDÖ alt ölçek ve toplam ham puanlarının ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı

	Erkek	Kadın		
	Ort.±Ss	Ort.±Ss	t	p
Sıklık	4,46±2,18	5,18±1,32	1,015	0,316
İletişim	3,25±1,45	4,45±1,86	2,199	0,034
Doyum	6,09±3,11	5,27±2,76	-0,775	0,443
Kaçınma	3,50±3,61	5,72±2,64	1,874	0,068
Dokunma	4,06±3,88	5,27±3,03	0,937	0,354
Erken boşalma	7,34±2,52	-	-	-
Sertleşme güçlüğü	5,62±3,29	-	-	-
Vajinismus	-	9,09±3,04	-	-
Anorgazmi	-	6,36±3,44	-	-
GRCDÖ toplam	34,34±13,42	41,36±10,28	1,578	0,122

Denekler arasında ikinci kuşak antipsikotik kullanan ile birinci kuşak antipsikotik kullanan ve sigara kullanan ile kullanmayanlar karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır(Tablo 10, Tablo 11).

Tablo 10: Deneklerin birinci ve ikinci kuşak antipsikotik kullanımına göre cinsel işlev alanında sorun yaşama oranlarının ve GRCDÖ alt ölçek ve toplam standart puanların karşılaştırılması

	İKAP	BKAP		
	Ort.±Ss	Ort.±Ss	t	p
Sıklık	5,65± 2,03	5,66± 2,08	0,014	0,989
İletişim	4,42± 1,64	5,66± 2,08	1,242	0,221
Doyum	3,65± 1,61	4,33± 1,52	0,711	0,481
Kaçınma	3,97± 2,45	6,66 ±1,52	1,860	0,07
Dokunma	1,62± 1,19	2,66 ±1,52	1,438	0,158
Erken boşalma	6,33 ±1,47	6,50± 0,70	0,157	0,876
Sertleşme güçlüğü	5,26 ±1,79	4,50± 0,70	-0592	0,558
Vajinismus	7,00 ±1,33	7,00	0,000	1
Anorgazmi	3,80 ±1,47	4,00	0,129	0,9
GRCDÖ toplam puan	30,72 ±7,49	36,00± 2,64	1,202	0,236

Tablo 11: Deneklerin sigara kullanımına göre cinsel işlev alanlarında sorun yaşama oranlarının ve GRCDÖ alt ölçek ve toplam standart puanların karşılaştırılması

	Sigara kullanan	Sigara kullanmayan		
	Ort.±Ss	Ort.±Ss	t	p
Sıklık	5,68±1,88	5,62±2,11	0,090	0,929
İletişim	4,18±1,04	4,70±1,95	-0,972	0,337
Doyum	3,81±1,32	3,62±1,75	0,359	0,721
Kaçınma	4,31±2,33	4,07±2,61	0,301	0,765
Dokunma	1,62±0,95	1,74±1,37	-0,296	0,769
Erken boşalma	6,07±1,32	6,55±1,50	-0,950	0,350
Sertleşme güclüğü	5,35±1,82	5,11±1,74	0,388	0,701
Vajinismus	7,50±2,12	6,88±1,16	0,598	0,565
Anorgazmi	3,50±2,12	3,88±1,36	-0,339	0,742
GRCDÖ toplam standart puan	31,00±5,88	31,14±8,22	-0,063	0,950

CGI değerlerine göre dağılımda Klinik global indeks puanları ile GRCDÖ alt boyutlarında ve toplam puanında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 12).

Tablo 12: Deneklerin CGI değerlerine göre cinsel işlev bozukluğu oranlarının ve GRCDÖ alt ölçek ve toplam standart puanların karşılaştırılması

	CGI=2	CGI=3	CGI=4	Toplam		
	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort±Ss	f	P
Sıklık	5,50±1,37	5,90±2,11	5,33±2,12	5,65±2,01	0,374	0,690
İletişim	4,33±1,86	4,72±1,69	4,26±1,66	4,51±1,68	0,362	0,698
Doyum	3,33±1,50	3,90±1,68	3,53±1,55	3,69±1,59	0,417	0,662
Kaçınma	3,66±3,07	4,09±2,54	4,46±2,29	4,16±2,48	0,232	0,794
Dokunma	1,66±1,63	1,59±0,90	1,86±1,50	1,69±1,22	0,220	0,804
Erken boşalma	6,16±1,60	6,78±1,18	5,91±1,56	6,34±1,42	1,276	0,294
Sertleşme güclüğü	5,00±1,78	5,28±2,01	5,25±1,54	5,21±1,75	0,055	0,949
Vajinismus	0	6,62±1,18	8,00±1,00	7,00±1,26	3,126	0,111
Anorgazmi	0	3,62±1,40	4,33±1,52	3,81±1,40	0,531	0,485
GRCDÖ toplam puanı	29,66±9,52	31,63±6,77	30,86±7,76	31,09±7,36	0,172	0,842

Sosyoekonomik düzeye göre yapılan dağılımda alt ve orta sosyoekonomik düzey toplam puanları karşılaştırıldığında alt sosyoekonomik grupta işlev bozukluğunun daha yüksek oranda görüldüğü saptanmış olmasına rağmen bu fark klinik açıdan anlamlı bulunmamıştır. Sosyoekonomik düzey açısından alt sosyoekonomik grupta iletişim ve

dokunma alt boyutlarında işlev bozukluğu daha yüksek çıkmış ve klinik olarak da anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $t=2.45$, $p=0.019$; $t=2.142$, $p=0.038$)(Tablo 15).

Tablo 13: Sosyodemografik verilere göre cinsel işlev bozukluğu oranlarının ve GRCDÖ alt ölçek ve toplam standart puanların karşılaştırılması (sosyoekonomik düzey)

	Sosyoekonomik Düzey		t	p
	Alt	Orta		
	Ort.±ss	Ort.±ss		
Sıklık	5,55±1,81	5,67±2,08	-0,159	0,875
İletişim	5,66±2,12	4,20±1,43	2,45	0,019
Doyum	4,22±1,48	3,55±1,61	1,111	0,273
Kaçınma	4,77±1,92	4,00±2,61	0,831	0,411
Dokunma	2,44±1,23	1,50±1,16	2,142	0,038
Erken boşalma	7,20±1,09	6,18±1,44	1,488	0,147
Sertleşme güclüğü	5,80±0,44	5,11±1,88	0,802	0,429
Vajinismus	7,25±1,25	6,85±1,34	0,479	0,645
Anorgazmi	3,25±0,95	4,14±1,57	-1,018	0,335
GRCDÖ toplam puanı	34,55±3,87	30,17±7,82	1,616	0,114

Eğitim durumuna göre yapılan dağılımda yüksek öğrenime sahip kadın deneklerde anorgazmi alt boyutunda daha fazla sorun yaşandığı ve bu farkın lise ve ilkokul öğrenimine sahip deneklere göre anlamlı olduğu görülmektedir. Ancak 13 kadın denekten 1 tanesinin yüksek öğrenime sahip olması ve bu denekte anorgazmi alanının da yüksek puan alınmış olması nedeniyle bu farkın anlamlılığı genelleştirilememiştir (Tablo 14).

Tablo 14: Sosyodemografik verilere göre cinsel işlev bozukluğu oranlarının ve GRCDÖ alt ölçek ve toplam standart puanların karşılaştırılması (eğitim durumu)

	Eğitim durumu					f	p
	İlkokul	Lise	Yüksekokul	Toplam			
	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss			
Sıklık	5,11±1,87	5,50±2,36	6,40±1,80	5,65±2,01	1,782	0,181	
İletişim	5,05±1,76	3,80±1,54	4,33±1,54	4,51±1,68	2,015	0,147	
Doyum	3,55±1,58	3,30±1,49	4,13±1,68	3,69±1,59	0,937	0,400	
Kaçınma	4,88±2,19	2,80±2,14	4,20±2,78	4,16±2,48	2,423	0,102	
Dokunma	1,88±1,32	1,30±0,67	1,73±1,38	1,69±1,22	0,743	0,482	
Erken boşalma	6,40±1,34	6,50±1,41	6,21±1,57	6,34±1,42	0,107	0,899	
Sertleşme güclüğü	4,80±1,93	5,37±1,40	5,42±1,86	5,21±1,75	0,400	0,674	
Vajinismus	7,37±1,18	5,50±0,70	7,00	7,00±1,26	2,169	0,177	
Anorgazmi	4,12±0,64	1,50±0,70	6,00	3,81±1,40	19,273	0,001	
GRCDÖ toplam puanı	31,83±7,94	27,60±5,10	32,53±7,60	31,09±7,36	1,540	0,227	

GRCDÖ alt ölçekleri ham puanları ve toplam puanları ile deneklerin eğitim süresi, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, hastalığın başlangıç yaşı arasındaki ilişki incelendiğinde;

Deneklerde cinsel ilişki sıklığı puanları ile iletişim, doyum, toplam GRCDÖ puanları ve hastalık süresi arasında pozitif yönde bağıntı bulunmuştur (sıklık için sırasıyla $p=0.019$, $r=0.357$; $p=0.016$, $r=0.367$; $p=0.00$, $r=0.579$; $p=0.016$, $r=0.365$).

İletişim puanları ile sıklık, doyum, kaçınma, dokunma, toplam puan arasında pozitif yönde bağıntı bulunmuştur (iletişim için sırasıyla $p=0.019$, $r=0.357$; $p=0.045$, $r=0.307$; $p=0.006$, $r=0.412$; $p=0.01$, $r=0.389$; $p=0.00$, $r=0.648$).

Doyum puanları ile sıklık, iletişim, erkeklerde empotans ve toplam puan arasında pozitif yönde bağıntı bulunmuştur (doyum için sırasıyla $p=0.016$, $r=0.367$; $p=0.045$, $r=0.307$; $p=0.004$, $r=0.498$; $p=0.00$, $r=0.664$).

Kaçınma puanları ile iletişim, dokunma, erkeklerde empotans, toplam puan arasında pozitif yönde bağıntı bulunmuştur (kaçınma için sırasıyla $p=0.006$, $r=0.412$; $p=0.003$, $r=0.446$; $p=0.022$, $r=0.403$).

Dokunma puanları ile iletişim, kaçınma, toplam puan arasında pozitif bağıntı bulunmuştur (dokunma için sırasıyla $p=0.01$, $r=0.389$; $p=0.003$, $r=0.446$; $p=0.00$, $r=0.565$).

Kadınlarda Vajinusmus puanları ile toplam puan arasında pozitif yönde bağıntı bulunmuştur ($p=0.004$, $r=0.791$).

Erkeklerde empotans puanları ile doyum, kaçınma, toplam puan ve hastaneye yatış sayısı arasında pozitif yönde bağıntı bulunmuştur (empotans için sırasıyla $p=0.004$, $r=0.498$; $p=0.022$, $r=0.403$; $p=0.00$, $r=0.694$; $p=0.024$, $r=0.399$).

Hastaneye yatış sayısı ile erkeklerde empotans puanı ve hastalık süresi arasında pozitif yönde, hastalığın başlangıç yaşı ile negatif yönde bağıntı bulunmuştur (hastaneye yatış sayısı için sırasıyla $p=0.024$, $r=0.399$; $p=0.001$, $r=0.474$; $p=0.021$, $r=-0.351$) (Tablo 15).

Tablo 15: Deneklerde GRCDÖ Alt Ölçekleri ve Toplam puanı ile Eğitim süresi, Hastaneye Yatış sayısı, Hastalık Süresi ve Hastalığın Başlangıç Yaşı İlişkisi İçin Korelasyon Tablosu

	S	İ	Dym	K	Dkn	V	A	EB	E	T	ES	HYS	HS	HBY
S	1	0,357**	0,367**	0,250	0,014	0,000	-0,249	0,071	0,326	0,579*	0,184	0,160	0,365**	0,073
İ	0,357**	1	0,307**	0,412**	0,389**	0,424	-0,195	0,044	0,324	0,648*	-0,276	0,280	0,064	0,076
Dym	0,367**	0,307**	1	0,258	0,293	0,231	0,360	0,153	0,498**	0,664*	0,087	0,140	0,238	0,048
K	0,250	0,412**	0,258	1	0,446**	0,509	0,195	0,085	0,403**	0,722*	-0,180	0,239	0,061	-0,124
Dkn	0,014	0,389**	0,293	0,446**	1	0,000	0,103	0,181	0,326	0,565*	-0,110	0,118	-0,054	-0,110
V	0,000	0,424	0,231	0,509	0,000	1	0,395	-	-	0,791**	-0,398	0,000	0,185	0,097
A	-0,249	-0,195	0,360	0,195	0,103	0,395	1	-	-	0,443	-0,120	-0,054	0,050	0,458
EB	0,071	0,044	0,153	0,085	0,181	-	-	1	0,214	0,342	-0,133	-0,010	0,085	-0,085
E	0,326	0,324	0,498**	0,403**	0,326	-	-	0,214	1	0,694*	0,090	0,399**	0,275	-0,163
T	0,579*	0,648*	0,664*	0,722*	0,565*	0,791**	0,443	0,342	0,694*	1	-0,075	0,283	0,255	-0,021
ES	0,184	-0,276	0,087	-0,180	-0,110	-0,398	-0,120	-0,133	0,090	-0,075	1	-0,003	0,273	0,039
HYS	0,160	0,280	0,140	0,239	0,118	0,000	-0,054	-0,010	0,399**	0,283	-0,003	1	0,474**	-0,351**
HS	0,365**	0,064	0,238	0,061	-0,054	0,185	0,050	0,085	0,275	0,255	0,273	0,474**	1	-0,407**
HBY	0,073	0,076	0,048	-0,124	-0,110	0,097	0,458	-0,085	-0,163	-0,021	0,039	-0,351**	0,407**	1

*:p<0,0001

** :p<0,05

Kısaltmalar=S: Sıklık, İ: İletişim, Dym:Doyum, K:Kaçınma, Dkn:Dokunma, V:Vajinismus, A:Anorgazmi, EB:Erken boşalma, E:Empotans, T:Toplam puan, ES:Eğitim süresi, HYS:Hastaneye yatış sayısı, HS:Hastalık süresi, HBY:Hastalık başlangıç yaşı

6. TARTIŞMA

Bu çalışmada antipsikotik tedavi gören, şizofreni tanısı almış hasta grubunda, cinsel bozukluk yaygınlığı ve cinsel bozuklukla ilişkili parametreler araştırılmıştır. Evli olanlar dışında çalışmaya hasta alınmaması, hastalarda monoterapi şartının aranması ve hastaların bölge ve Türkiye şartlarında cinsel işlevle ilgili araştırmalara katılımında, konunun hassasiyeti nedeniyle tereddüt yaşamaları ve konuyu açıklıkla ve her yönü ile konuşmakta güçlük çekmeleri verilerin genelleştirilmesinin bu açıdan sınırlı olmasına neden olmuştur. Yarı-yapısal görüşmeye ek olarak bu çalışmada bilgi toplamada belirli ölçeklerden de yararlanılmıştır. Deneklerin tanısız açıdan değerlendirmesinde SCID-I kullanılmıştır. GRCDÖ cinsel fonksiyonu değerlendirmek için standart ölçek olarak kullanılmıştır. Bu ölçeğin güvenilir şekilde uygulanabilmesi açısından çalışmaya alınan hastaların eğitim seviyelerinin en az ilkökul düzeyinde olması ve CGI değerlerinin en az 2 en fazla 4 arasında olması önkoşul olarak belirlenmiştir. Bu koşulların bulunması da çalışma grubunun küçük olmasında önemli bir etken olmuştur. Ayrıca birimimiz Psikoz polikliniğinde kullanılan Psikotik Bozukluk Hasta Kayıt Formu hastaların sosyodemografik verilerini ve güncel ve geçmiş tedavi öykülerini elde etmek için kullanılmıştır. Buna ek olarak hastaların mevcut klinik durumları Klinik Global İndeks Ölçeği kullanarak değerlendirilmiştir. Bu konuda yapılmış benzer çalışmalarda çoğunlukla ASEX ölçeğinin kullanıldığı ve geniş hasta gruplarında cinsel fonksiyon bozukluğunun genel hatları ile araştırıldığı ve cinsel eşi olmayan, düzenli ve sürekli cinsel yaşamı olmayan hastalarında çalışmalara alındığı görülmüştür. Bu çalışma şizofreni tanılı hastalarda GRCDÖ'deki alt boyutların incelenmiş olması ve bu boyutlardaki sorunlara bir bakış açısı oluşturulabilmek yönünden literatüre olumlu katkı yapacak niteliktedir.

Bu çalışmada GRCDÖ ortak alt boyutlarından cinsel ilişki sıklığı alanında 32 hasta (% 74,42) yüksek puan almıştır. **Cinsel ilişki sıklığı ile iletişim, doyum ve hastalık süresi arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır.** Bu şizofreni tanısı almış hastaların çoğunluğunun haftada 2'den fazla cinsel ilişkide bulunmadıklarını ve çoğu zaman da bu sayının altında ilişki kurduklarını göstermektedir. Yapılan benzer bir çalışmada cinsel hayatlarının yeterli olduğunu düşünen hastaların oranında hastalığın

başlamısından sonra önemli bir düşüş olduğu ve hastalık başlangıcı sonrası cinsel ilişki sıklığında azalma olduğu saptanmıştır¹⁵⁵. Cinsel ilişki sıklığının iletişim ve doyum ile olan pozitif korelasyonu da anlamlıdır. Hastalık süresi ile olan korelasyon şizofreni tanısı almış hastaların hastalığa maruz kaldığı sürenin uzunluğunun cinsel ilişki sıklığında azalmaya neden olduğunu göstermektedir (Tablo 15). **Cinsel iletişimde hastalık nedeniyle sorun yaşayan, yeterince doyum sağlayamadığını düşünen hastalar hastalık süresi uzadıkça cinsel ilişkiden uzaklaşmakta ve bu da cinsel ilişki sıklığında azalmaya neden olmakta gibi görünmektedir.**

Cinsel ilişki sıklığında sorun yaşayan kadın hastaların oranının erkeklere göre daha yüksek olduğu da bu çalışmada görülmektedir. Bu konuda Türk toplumunda şizofren tanılı hastalarda yapılan benzer bir çalışma bulunamamıştır, ancak hasta olmayan normal popülasyonda yapılan benzer bir çalışma vardır ve benzer bulgular elde edilmiştir¹⁶⁸. Her ne kadar çalışmada şizofren hastaların cinsel eşleri ile konuşulmamış olsa da Türk toplumunda cinsel ilişkinin çoğunlukla erkek tarafından başlatılması -ki bu çalışmada bu gerçek iletişim ve kaçınma alanında da kadınların daha yüksek puan alması ile de desteklenmiştir- şizofren kadınlarda cinsel ilişki sıklığında ki bu yüksek puanı açıklamaktadır.

İletişim alanındaki yüksek puanın sıklık, doyum, kaçınma, dokunma alanlarında ki yüksek puanla pozitif korelasyon göstermesi (Tablo 15), şizofren hastalarda iletişim alt boyutundaki sorunun diğer alanlardaki sorunları ortaya çıkardığını ve/veya aktive ettiğini düşündürmektedir. **Bu çalışmaya katılan Şizofren hastaların %48,84'ünün eşine cinsel ilişkide nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığını söylemekte veya sormakta sorun yaşadığı görülmektedir (Tablo 8).** Ayrıca Türk toplum yapısında bu alanda kadınların daha pasif kalması, cinselliğin konuşulmaması gerektiğini ifade eden cinsel mitler de bu çalışmada görüldüğü gibi bu oranın kadınlarda daha yüksek olmasına neden olmuştur.

Doyum alt boyutunda erkekler kadınlara oranla daha yüksek puan alınmıştır. Doyum alanında ki sorunun erkeklerdeki empotans ile pozitif korelasyon göstermesi anlamlı bulunmuştur. Çalışmaya katılan 32 erkek hastanın 24'ü sertleşme sorunu yaşadığını ifade etmiştir. Bu yüksek oranın yaş ortalamasının yüksek oluşu ile de önemli ölçüde bağlantılı olduğu düşünülmüştür. Sertleşme gücü oranlarının yaşla arttığı birçok çalışma vardır^{157, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175}. Kadın hasta grubunda anorgazmi

altboyutunda görülen düşük oran da kadınlarda ki doyum alt boyutunda ki erkeklere oranla alınan düşük puanı açıklamaktadır. **Bu çalışma şizofren tanısı almış erkeklerde empotansın önemli bir sorun olduğunu ve buna ikincil olarak doyum alanında ifade edilen sorunları artırdığını göstermektedir. Yine erkeklerde empotansın kaçınma alt boyutunda ki yüksek puanla korelasyonu da bu açıdan anlamlıdır.**

Kadınlarda vajinusmus alt boyutunda alınan puanlar, kadın hasta grubunun % 100'ünde bu alt boyutta sorun yaşandığını göstermiştir. Bu alt boyutta alınan yüksek puanlarda GRCDÖ deki 11. Soruya (Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?) hastaların bunu bir cinsel eylem olarak değerlendirip cevap vermesi etkili olmuştur. Ancak bu soru gözardı edildiğinde dahi vajinusmus alt boyutunda alınan puanlar yüksek çıkmakta ve **çoğu şizofren kadın hasta cinsel ilişki sırasında eşinin cinsel organının girişinin acı verici ve güç olacağını düşünmekte, bu konuda rahatsızlık duymaktadır.**

Çalışmada sertleşme güclüğü, erken boşalma, vajinusmus ve anorgazmi tanımlaması, ICD ve DSM gibi tanı ölçütlerine göre doğrudan değil, GRCDÖ'den elde edilen puanlara göre dolaylı olarak yapılmıştır. **Bulduğumuz sonuçlar işlev bozukluğu tanı yaygınlığı değil, cinsel sorun yaşayan bireylerin yaygınlığı olarak değerlendirilmelidir.** Kullanılan değerlendirme aracının farklı olması özellikle vajinusmus için oranlarımızın yüksek çıkmasını açıklayabilir.

Eğitim süresi, hastaneye yatış sayısı, hastalık süresi ve hastalığın başlangıç yaşı ile GRCDÖ alt boyutlarında alınan puanlarla ve toplam puan arasında, erkeklerde empotans ile hastaneye yatış sayısı arasındaki ve her iki cins için hastalık süresi ile cinsel ilişki sıklığı arasındaki pozitif korelasyon dışında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Bu konuda Türk hastalarla yapılmış benzer bir çalışma da ASEX ölçeği kullanılmış ve hastalığın süresi ile her iki cins için de ASEX puanları arasında ilişki saptanmamıştır¹⁵

Bu çalışmaya göre cinsel bozukluk kadın ve erkek şizofreni tanılı hastalarda yaygın bir sorundur. Şizofren tanılı hastalarda cinsel bozukluk yaygınlığı % 16-96 olarak rapor edilmiştir^{159, 160, 161, 162, 163} ve ülkeler arasında bu oran değişmektedir¹⁶⁴. **Bu çalışmada GRCDÖ puanları daha önce şizofreni tanılı Türk hastalarla yapılan çalışmalara göre daha yüksek çıkmıştır¹⁵⁴.** Bu konuda yakın tarihli bir çalışmada Türk Şizofreni tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada ASEX ölçeği kullanılmış ve alınan ASEX puanlarında toplamda hastaların % 52,6'sında cinsel bozukluk saptanmış ve

erkeklerde (% 57,5) cinsel bozukluk, kadınlardakinden (% 42,5) daha fazla bulunmuştur. Toplam hastaların % 54,2'sinde düşük cinsel istek ve % 41,7'sinde orgazm sorunları rapor edilmiştir. Erkekler arasında % 48,1'inde sertleşme bozukluğu, % 64,2'inde boşalma sorunları ve kadınlar arasında % 24,9 amenore, % 30,7 düşük vajinal kayganlık rapor edilmiştir¹⁵⁵. **Bu çalışmada GRCDÖ toplam puanları karşılaştırıldığında kadınlarda alınan puanların ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu (K=41,36±10,28, E=34,34±13,42) ve cinsel işlev alanında sorun boyutunun kadınlarda daha büyük olduğu görülmüştür (Tablo 9).** Yine erkeklerde erektil disfonksiyon (% 84,37) ve erken boşalma (% 75) oranları bahsedilen çalışmaya göre¹⁵⁵ daha yüksek oranda olduğu görülmüştür.

Devamlı psikotik belirtiler gösteren veya önemli negatif belirtileri olan, atak döneminde olan hastalar hariç tutulmasına ve CGI değerleri 2-4 arasında olmasına rağmen çalışmamız sonucunda klinik şizofreni şiddeti ile cinsel bozukluk arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu konuda yapılan benzer bir çalışmada ASEX ve CGI puanları arasında önemli bir bağlantı bulunmuştur (p=0,005). Ancak bahsedilen çalışmada çalışmaya alınan hastaların CGI değerlerinde bir sınırlama yapılmamış ve yüksek CGI değerlerinin olduğu, kliniği bozuk hastalar da çalışmaya alınmıştır¹⁵⁵. Bu hastalık şiddeti ile ASEX değerleri arasında ki anlamlı ilişkiyi açıklamaktadır. Ancak bizim çalışmamızda kullanılan CGI değerleri 2-4 arasında tutulmuş ve nisbeten kliniği iyi olan hastalar çalışmaya alınmıştır. Hastalığın şiddeti dereceleri arasında çalışmaya alınan grupta yüksek farklar saptanmamıştır. Bu da şiddet ile GRCDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamasını açıklamaktadır.

Sosyoekonomik durumu düşük hastalardaki cinsel bozukluk oranının yüksek olması ancak klinik olarak anlamlı bulunmaması alt boyutlardan iletişim ve dokunma alanlarında alt sosyoekonomik düzeyde klinik olarak anlamlı daha yüksek puanların saptanması toplumumuzun cinsel iletişim ve dokunma alanlarındaki tutucu ve kapalı yapısından ve bu özelliğin alt sosyoekonomik düzeyde daha belirgin olmasından kaynaklanmış olabileceği şeklinde açıklanabilir. Benzer bir çalışmada işsiz ve sosyoekonomik durumu düşük hastalarda cinsel bozukluk oranı yüksek olarak bulunmuştur¹⁵⁵.

Daha önceden de bilindiği üzere sigara içmek cinsel bozukluğa yol açar¹⁶⁵ ve bu şizofren hastalarda yaygındır^{166,167}. Sigara içmek şizofreni tanılı hastalarda cinsel

bozukluk riskini arttıran bir risk faktörü olmasına rağmen çalışmamızda sigara içimi ile GRCDÖ puanları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu konuda son yapılan çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir¹⁵⁵. **Sigara tüketimi direk olarak GRCDÖ puanını etkileyen bir bağımsız değişken olarak bulunmamıştır.**

Anorgazmi ve vajinismus oranlarının eğitim ile azaldığı ve değişmediği sonucuna varan normal popülasyonda yapılmış iki çalışma vardır^{156,157}. Erken boşalma ile eğitim seviyesi ilişkisine bakıldığında ise bir çalışmada eğitim seviyesi artışı ile erken boşalma oranında azalma, diğer bir çalışmada ise artış saptanmıştır^{152,156}. **Bu çalışmada ise şizofreni tanılı hastalarda eğitim seviyesi ile anorgazmi arasında eğitim seviyesinde artışla anlamlı pozitif bir korelasyon saptanmıştır.** Ancak bu çalışmada yüksekokul çıkışlı olan tek hasta vardır. Bu nedenle bu anlamlılık genelleştirilememiştir. Ancak bu yönde normal popülasyonda Türk toplumunda yapılan bölgesel bir çalışmada da, çalışmamızdaki şizofreni tanılı hasta grubunda olduğu gibi cinsel işlev bozuklukları ile eğitim seviyesi arasında anlamlı olabilecek farklılıklar bulunmamıştır¹⁶⁸. Eğitim seviyesi ile cinsel işlev bozuklukları arasında şizofren hastalarda yapılan benzer bir çalışmada eğitim süreci ile cinsel işlev arasında bağıntı bulunamamıştır¹⁵⁵.

Bu çalışmada birinci kuşak ve ikinci kuşak antipsikotik'lerin cinsel fonksiyon üzerindeki etkileri konusunda elde edilen sonuçlar daha önceki çalışmalara benzer şekildedir. **Birinci kuşak antipsikotiklerle GRCDÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. Ancak genel olarak değerlendirildiğinde gerek GRCDÖ toplam puanında, gerekse alt boyutlarda kullanılan antipsikotik tipine göre anlamlı bir fark saptanmamıştır.** Son yıllarda giderek artan ikinci kuşak antipsikotik kullanımına bağlı çalışmamıza katılan hastaların sadece 3 tanesinin birinci kuşak antipsikotik kullanması bu değerlendirmede elde edilen verilerin karşılaştırmasında bir genelleme yapılabilmesini kısıtlamıştır. Ancak sonuçlar bu alanda daha önce yapılmış çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Çalışmaya katılan hastaların kullandığı antipsikotik tipine göre karşılaştırmaları çalışma grubunun dar oluşu nedeniyle anlamlı olmayacağı için yapılmamıştır. Sonuç olarak bu çalışmada birinci ve ikinci kuşak antipsikotikler arasında fark bulunamamıştır. Bu sonuçlar daha önceki raporlarla uyumludur ve cinsel fonksiyon üzerinde Şizofrenik Bozukluğun kendi etkisini yansıtmaktadır¹⁵⁸. Geniş ölçekli benzer bir çalışmada da her iki cins için de ikinci kuşak, birinci kuşak ve ikinci kuşak kombinasyonlu antipsikotik kullanan hastalar arasında cinsel bozukluk açısından

bir farklılık bulunmamıştır. ASEX puanları bu üç ilaç grubunda (ikinci kuşak, birinci kuşak ve birinci-ikinci kuşak antipsikotik kombinasyonu) kadınlarda önemli farklılık vermemiştir. Ancak aynı çalışmada ASEX puanları üç ilaç grubunda erkekler arasında önemli değişiklikler vermiştir. Cinsel bozukluk olan erkeklerde birinci kuşak antipsikotik kullanan hastaların ASEX puanı ikinci kuşak alanlardan daha yüksek bulunmuştur¹⁵⁵.

Çalışmalar Şizofrenik bozukluğa bağlı olarak oluşan cinsel isteksizliği antipsikotik ilaçların artırdığını ve bu ilaçların cinsel performansı bozduğunu göstermektedir⁷⁷.

20 ilaç kullanmayan şizofren tanıli erkek hasta, 51 birinci kuşak antipsikotik tedavi gören şizofren tanıli erkek hasta ve 51 şizofreni tanısı olmayan bireyde yapılan bir araştırmada çok yüksek oranda cinsel bozukluk her iki şizofren hasta grubunda bulunmuştur. Ereksiyon ve orgazm zorlukları tedavi gören hastalarda görülmüştür. Her iki şizofreni tanıli grupta cinsel arzu düşük olmasına rağmen cinselliğe ait düşüncelerin azlığı tedavi görmeyen grupta görülmüştür. Hasta olmayan bireylere oranla tedavi gören hastalarda cinsel tatmin daha fazla görülmüştür¹⁷⁵.

Birinci kuşak antipsikotik tedavi gören jeografik olarak İngiltere’de bir bölgede yaşayan erkek şizofren tanıli hastalar arasında yapılan bir cinsel ve endokrin fonksiyonu araştırmasında cinsel bozukluğun ve endokrin bozukluğun tedavi sırasında oluştuğu görülmüştür. Genel olarak boşalma sorunu ve ereksiyon olma zorluğu görülmüştür¹⁷⁶.

Bu konuda şizofren tanıli kadınlar üzerinde şizofren tanıli erkeklere oranla çok az çalışma yapılmış olmasına rağmen antipsikotik tedavi gören kadınlarda da cinsel ve hormonal bozukluk mevcuttur⁶¹. Kadınlarda orgazm bozukluğu fluphenazine⁶⁵, chlorpromazine ve diğer antipsikotik ilaçlarla ilişkilendirilmiştir¹⁷⁷. Kadınlarda ayrıca estrogen eksikliği, ilişki sırasında vajinal kuruluk, libido eksikliği gibi belirtiler görülebilir¹⁷⁸.

Bir çalışmaya göre şizofren tanıli hastalarda serum prolaktin konsantrasyonunun sağlıklı kişilere oranla 5-10 kat fazla seviyeye yükseltilebileceği görülmüştür¹⁷⁹. Prolaktin düzeyi ile ilgili yapılan bir başka çalışmada 24 saatlik bir dönemde ilaç kullanmayan ve antipsikotik tedavi gören şizofren tanıli hastalar ve sağlıklı kişilerde ortalama prolaktin konsantrasyonları karşılaştırması yapılmıştır. Birinci kuşak antipsikotik ilaçlar ortalama serum prolaktin konsantrasyonunu neredeyse kadınlarda iki

katı, erkeklerde ise üç katı oranda arttırmıştır¹⁸⁰. Prolaktin konsantrasyonunun da antipsikotiklerin etkisi antidopaminerjik harekete bağlı olarak oluşabilir¹⁸¹ ve bu konuda çok ikna edici delil bulunmaktadır ki; yüksek prolaktin cinsel bozukluk yaratıp cinsel aktiviteyi bastırır (arzu, ereksiyon ve orgazm seviyelerinde)⁹. Plazma prolaktin artışı testosteron seviyesini düşürür ki bu da cinsel aktivite azalmasına sebep olur¹⁰. Yüksek serum prolaktin konsantrasyonları erkek iktidarsızlığı yaratırken orta seviye serum prolaktin konsantrasyonu bunu yapmayabilir⁶¹. Prolaktin konsantrasyonu normalleştirilmesi bazı hastalarda cinsel fonksiyonu artırırken hepsinde bu olmayabilir. Plazma prolaktin konsantrasyonları birinci kuşak antipsikotik oral tedavi sonrası ara vermede 2 hafta kadar yüksek kalabilir. Depo tedavi sonrası ara vermede ise bu durum 6 aya kadar çıkabilir⁶¹.

İkinci kuşak antipsikotik tedavi gören şizofren hastalarda cinsel bozukluk oranları üzerine az da olsa rapor olmasına rağmen bunlar arasındaki karşılaştırmaları gösteren çalışmalar mevcut değildir¹⁷⁵. Haloperidol veya başka bir ikinci kuşak antipsikotik (olanzapin, risperidon, ketiyapin) tedavi gören 636 şizofren tanılı hastaya bakan böyle bir çalışma yapılmıştır. % 43,2 ile risperidon cinsel bozuklukla en çok ilişkilendirilen olmuştur; bu oran haloperidol tedavisi alan hastalarda % 38,1, olanzapin tedavisi alan hastalarda % 35,3 ve ketiyapin tedavisi alan hastalarda % 18,2 olmuştur. Aynı çalışmaya göre cinsel bozukluk kullanılan haloperidol, olanzapin ve risperidon dozu ile ilişkilendirilmiş fakat ketiyapin ile ilişkilendirilmemiştir¹⁸². Bu konuda çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada da ortalama GRCDÖ puanlarına bakıldığında ikinci kuşak antipsikotik kullananlarda her iki cinsiyette cinsel ilişki sıklığında, erkeklerde sertleşme güclüğü ve erken boşalmada, kadınlarda ise vajinismus alt boyutunda sorun yaşandığı, birinci kuşak antipsikotik kullananlarda ise her iki cinsiyette sıklık, iletişim, kaçınma alt boyutlarında ve erkeklerde erken boşalma ve kadınlarda vajinismus alt boyutlarında sorun yaşandığı saptanmıştır. Ancak ilaç kullanmayan kontrol grubunun olmaması antipsikotiklerin cinsel işleve ne oranda etki ettiği konusunda yorumlama yapabilmemizi önlemiştir. Fakat bu alanda yapılan ve bahsedilen çalışmalarda göstermektedir ki antipsikotik kullanımı cinsel işlevde değişik mekanizmalar ile olumsuz yönde etki oluşturmaktadır ve bu çalışmada birinci ve ikinci kuşak antipsikotik kullanımının cinsel yan etki bakımından istatistiksel olarak farklılığı

görülmemiştir. Ancak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda bu etki minimal, bazı çalışmalarda ise göz ardı edilemeyecek boyuttadır. Bu konuda geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmanın belirli kısıtlılıkları olmuştur. Bu boylamasına bir çalışma değildir ve ilaç tedavisi öncesi cinsel fonksiyonda hastalığın etkileri üzerine ölçüm yoktur. Cinsel bozukluk sadece ilaç tedavisi sırasında bir zaman noktasında değerlendirilmiştir; baseline cinsel bozukluk belirlenmemiştir ve bu yüzden de ilaç etkisi veya diğer nedensel faktörler arasındaki farklılık bulunmamaktadır. Eş'lerle görüşme yapılmamış olması bir diğer önemli eksikliklerdir. Antidepresan kullanan şizofren hastalar hariç tutulmuş ancak hastaların depresyon ve anksiyete seviyeleri ölçülmemiştir. Hastaların uygun dozlarda antipsikotik almasını sağlayarak hastalığın şiddetine olan doğrudan etki veya yüksek doz antipsikotiklere göre ikincil cinsel bozukluk olgularını hariç tutulmaya çalışılmıştır. Antipsikotik doz ve yan etkileri arasındaki olası ilişki incelenmemiştir. En azından belli antipsikotik ilaçların yan etkilerinin doza bağlı olduğu bilinmektedir; bu nedenle yorumlamamızda dikkatli olmamız gerekmiştir. Çalışmaya katılan hastaların serum prolaktin seviyeleri ölçülmemiştir; bu nedenle bizim için değişik antipsikotiklerde cinsel bozukluk farklılıkları için etiyolojik olarak mutlak yorumlar yapmak zor olmuştur. Cinsel bozukluk olan hastaların cinsel hayatlarının hastalığın başlangıcından önce tatmin edici olması nedeniyle hastalığın kendisinin, kullanılan antipsikotiklerin ve diğer faktörlerin cinsel bozuklukta etkilerini ayırmak zor olmuştur. Sonuç olarak çalışmamızın bazı istatistiksel bulguları küçük örnek boyutu ve değerlendirilen parametrelerin çok çeşitli olması nedeniyle kliniksel olarak anlamlı olmayabilir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda dikkat çekici bir gerçek, inanç ve yanlış fikirlerin aksine şizofreni tanılı hastalarda klinik hekimleri tarafından gözardı edilemeyecek düzeyde bir cinsel hayat seviyesi olduğudur. Önemli orandaki şizofreni tanılı hastanın cinsel hayatlarını hastalığın ortaya çıkışından sonra ortaya çıkan problemlere rağmen devam ettirdiği görülmektedir. Psikiyatristlerin hastalarına onların cinsel yaşantı ve fonksiyonu ile ilgili soruları rutin görüşmelerde sormaları gerekmektedir.

Sonuçlarımız şizofrenik bozukluğu olan hastalarda cinsel işlevlerde sorunların yaygınlığının yüksek olduğunu göstermektedir ve bu bozukluklar hem hastalığın kendisi ile hem de tedavisiyle ilişkilendirilmektedir. Bu önemli yan etki psikiyatristlerin bilinçliliği ve duyarlılığı ile doğru antipsikotik seçimi sağlandığında şizofren hastalarda cinsel işlevlerde sorunların oluşumunu azaltacaktır.

Cinsel fonksiyon ve Şizofrenik bozukluk hakkındaki çalışmaların çok az olması dikkat çekicidir. Hastaların % 75'inden fazlası bu konuların konuşulmasından yanadır¹². Uygun cinsel eğitim ve danışmanlık şizofrenik bozukluk tedavisinin bir parçası haline getirilmelidir. Bu konuya daha çok dikkat edilmeli ve gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Bu konunun objektif olarak ölçülmesinin zor olması sebebiyle araştırmacıların oranları standartlaştırması gerçekten üzerinde çalışılması gereken bir konudur. Her değişik tedavi yöntemi ölçeklendirilmeli, etki ve yan etki bakımından değerlendirilmelidir.

8. KAYNAKLAR

1. **Deanna LK, Robert RC.** Sexuality and Schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bulletin*, **2004**; 30(4):767-779.
2. **Rozañ. GH, Tuchin T, Kurland ML.** Some implications of sexual activity for mental illness. *Mental Hygien.* **1971**; 55:318-323.
3. **Riecher-Rossler A.** Oestrogen effects in schizophrenia and potential therapeutic implications:a review. *Archives of Women's Mental Health.* **2002**; 5:111-118.
4. **Rowlands P.** Shizophrenia and sexuality. *Sexual and Marital Therapy.* **1995**; 10:47-61.
5. **Sullivan G Lunkoff D.** Sexual side effects of antipsychotic medication: Evaluation and interventions. *Hospital and Community Psychiatry.* **1990**; 41:1238-1241,
6. **Yassa R, Lal S.** Impaired sexual intercourse as a complication of tardive dyskinesia. *American Journal of Psychiatry.* **1985**; 142:1514-1515.
7. **Meston CM, Gorzalka BB.** Psychoactive drugs and human sexual behavior: The role of serotonergic activity. *Journal of Psychoactive Drugs.* **1992**; 24:1-40
8. **Pollack MH, Reiter S, Hammerness P.** Genitourinary and sexual adverse effects of psychotropic medication. *International Journal of Psychiatry in Medicine.* **1992**; 22:305-327.
9. **Wilson CA.** Pharmacological targets for the control of male and female sexual behaviour. In: Riley AJ, Peet M and Wilson C. Eds. *Sexual Pharmacology.* Oxford UK: Oxford University Press, **1993**; Pp. 1-58.
10. **Barnes TRE and Harvey CA.** Psychiatric drugs and sexuality. In Riley, AJ, Peet M and Wilson C. eds. *Sexual Pharmacology.* Oxford U.K: Oxford University Press, **1993**; pp. 176-196.
11. **Rubin RT.** Prolactin and schizophrenia. In: Meltzer HY, ed. *Psychopharmacology: The Third Generation of Progress.* New York, NY: Raven Press. **1987**; pp. 803-808.
12. **Lewis J, and Scott E.** The sexual education needs of those disabled by mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* **1997**; 21:164-167.
13. **Bhugra D.** Psychiatry in ancient Indian texts: a review. *History of Psychiatry.* **1992**; 3:167-186
14. **Kaplan H, Saddoc B.** *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 8th Ed, **2007**; 1329, 1355, 1357,1359, 1377, 1420, 1427, 1428, 1431
15. **Çetin M, Turgay A:** Modern Psikofarmakolojinin Ellinci Yılında Klorpromazinden Günümüze Antipsikotik tedavinin Dünü, Bugünü, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* **2000**; 12:211-226.
16. **World Health Organisation:** *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders.* **1992**; Geneva

17. **Amerikan Psikiyatri Birliği:** DSM-IV, *Mental Bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı*, IV. Baskı, Washington DC, 1994'ten çeviren Korođlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. **1994**
18. **Kirkpatrick B, Tek C.** Clinical features and psychopathology concepts. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th Ed. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins. **2005**; 1416-1436
19. **Eaton WW, Chen, C.** Epidemiology. In; Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, eds. *The American Psychiatric Publishing textbook of schizophrenia*. 1st ed.ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; **2006**: 17-37
20. **Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları: Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ekim 2007,** Ankara, I. Baskı s 1, 14, 18, 22, 39, 40, 41, 43, 384
21. **McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D.** A systematic review of the incidence of schizophrenia; the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med* **2004**; 2:13
22. **Jablensky A, Sartorius N, Emberg G, et al.** Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl* **1992**; 20: 1-97
23. **Mc Guffin P, Owen MJ, Farmer AE.** Genetic basis of schizophrenia. *Lancet* **1995**; 346:678-682
24. **Cardno AG, Marshall EJ, Cold B, Macdonald AM, Ribchester TR, Davies NJ ve ark.** Heritability estimates for psychotic disorders: the Maudsley twin psychosis series. *Arch Gen Psychiatry* **1999**; 56:162-68
25. **Levinson DF.** Molecular genetics of schizophrenia: a review of the recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. **2003**; 16:157-170
26. **Gedders JR, Verdoux H, Takei N, Lawrie SM, Murray RM.** Individual patient data meta-analysis of the association between schizophrenia and abnormalities of pregnancy and labour. *Schizophr Bull.* **1999**; 25:413-23.
27. **Dalman C, Thomas HV, David AS, Gentz J, Lewis G, Allebeck P.** Signs of asphyxia at birth and risk of schizophrenia. Population-based case-control study. *Br J Psychiatry*. **2001**; 179-403-408.
28. **Kotlicka-Antczak M, Gmitrowicz A, Sobow TM, Rabe-Jablonska J.** Obstetric complications and Apgar score in early-onset schizophrenic patients with prominent positive and prominent negative symptoms. *J Psychiatr Res.* **2001**; 35(4):249-57.
29. **Kelly BD, Feeney L, O'Callaghan E, Browne R, Byrne M, Mulryan N ve ark.** Obstetrik adversitey and age at first presentation with schizophrenia: evidence of a dose-response relationship. *Am J Psychiatry*. **2004**; 161(5):920-2.
30. **Suddath RL, Christison GW, Torre EF, Casonova MF and Weinberger DR.** Anatomical abnormalities in the brains of twins discordant for schizophrenia. *New England Journal of Medicine* **1990**; 322:842-845.
31. **Noga JT, Bartly AJ, Jones DW, Torrey EF and Weinberger DR** Cortical gyral anatomy and gross brain dimensions in monozygotic twins discordant for schizophrenia. *Schizophrenia Research*. **1996**; 22:27-40.

32. **Shenton ME, Dickey CC, Frumin M, McCarley RW.** A review of MRI findings in schizophrenia. *Schizophr Res* **2001**; 49:1-52.
33. **Csernansky JG, Joshi S, Wang L, Haller JW, Gado M, Miller JP ve ark.** Hippocampal morphometry in schizophrenia by high dimensional brain mapping. *Proc Natl Acad Sci USA* **1998**; 95(19):11406-11411.
34. **Menon RR, Barta PE, Aylward EH, Richards SS, Vaughn DD, Tien AY ve ark.** Posterior superior temporal gyrus in schizophrenia: gray matter changes and clinical correlates. *Schizophr Res* **1995**; 16:127-135.
35. **Andreasen NC, Rezaei K, Alliger R, Swayze VW 2nd, Flaum M, Kirchner P ve ark.** Hypofrontality in neuroleptik naive patients with chronic schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* **1992**; 49:943-958.
36. **Ingvar DH, Franzen G.** Abnormalities of cerebral blood flow distribution in patients with chronic schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* **1974**; 50:425-462.
37. **Silbersweig DA, Stern E, Frith C, Cahill C Holmes A, Grootoong S ve ark.** A functional neuroanatomy of hallucinations in schizophrenia. *Nature* **1995**; 378:176-179.
38. **Davis KL, Kahn RS, Ko G, Davidson M.** Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. *Am J Psychiatry* **1991**; 148:1474-1486.
39. **Wong AHCW, Van Tol HHM.** Schizophrenia: from phenomenology to neurobiology. *Neuroscience and biobehavioral review*. **2003**; 27:269-306.
40. **Miyamoto S, LaMantia AS, Duncan GE, Sullivan P, Gilmore JH, Lieberman JA.** Recent advances in the neurobiology of schizophrenia. *Mol Interv* **2003**; 3(1):27-39.
41. **Akbarian S, Kim JJ, Potkin SG, Hagman JO, Tafazzoli A, Bunney WE Jr ve ark.** Gene expression for glutamic acid decarboxylase is reduced without loss of neurons in prefrontal cortex of schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* **1995**; 52(4):258-278.
42. **Akbarian S, Vinuela A, Kim JJ, Potkin SG, Bunney Jr WE, Jones EG.** Distorted distribution of nikotinamid-adenin dinucleotid phosphate diaphorase neurons in temporal lobe of schizophrenics implies anomalous cortical development. *Arch Gen Psychiatry* **1993**; 50:178-187.
43. **Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders**, Fourth Edition, Text Revision **2000**; 437-40.
44. **Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri**, 2. Baskı, Çeviri Edit; Aydın H, Bozkurt A **2005**; 142, 149
45. **Miyamoto S, Stroup TS, Duncan GE, Aoba A, Lieberman JA.** Acute pharmlological treatment of schizophrenia. In: Hirsh SR, Weinberger D editors. *Schizophrenia*. Oxford, UK: Blackwell Science Ltd; **2003**.p. 442-73
46. **Meltzer HY.** Suicide in schizophrenia: risk factors and clozapine treatment. *J Clin Psychiatry* **1998**;59 (Suppl 3):15-20.
47. **Andreasen NC, Black DW.** Somatic treatments. In: Arlington VA, editor. *Introductory Text book of Psychiatry*. 3rd. Ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc; **2001**. P. 709-59.

48. **Yıldız A.** Akut ajitasyon sağaltımında benzodiyazepinlerin, tipik ve atipik antipsikotiklerin yeri: Bulguların gözden geçirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2003**; 14(2):134-44.
49. **Marder SR.** Pharmacologic treatment strategies in acute schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol.* **1996**; 11(suppl 2):29-34.
50. **American Psychiatric Association,** Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* **2004**; 161:3-57.
51. **Baldessarini RJ, Cohen BM, Teicher MH.** Significance of neuroleptic dose and plasma level in pharmacological treatment of psychosis. *Arch. Gen Psychiatry* **1988**; 45:79-91.
52. **Csernansky JG, Mahmoud R, Brenner R;** Risperidon-USA-79 Study Group. A comparison of risperidon and haloperidol for the prevention of relaps in patients with schizophrenia. *N Engl J Med* **2002**; 346(1):16-22.
53. **Gitlin M, Nuechterlein K, Subotnik KL, Ventura J, Mintz J, Fogelson DL ve ark.** Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* **2001**; 158(11):1835-42.
54. **Anıl Yağcıoğlu A.E.** Şizofreni tedavisi ve antipsikotik ilaçlar. *Türkiye klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, **2005**; 1(12):49-56.
55. **Stroup TS, Kraus JE, Marder S.** Pharmacotherapies In: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO editors. Textbook of Schizophrenia *American Psychiatric Publishing Inc.* **2006** p:303-315.
56. **Tharyan P, Adams CE.** Combined use of electroconvulsive therapy and antipsychotics in schizophrenia: the Indian evidence. A review and a meta-analysis. *JECT.* **2006** Mar; 22(1):59-66.
57. **Haraldsson HM, Ferrarelli F, Kalin NH, Tononi G.** Transcranial magnetic stimulation in the investigation and treatment of schizophrenia: a review. *Schizophr Res* **2004**; 71(1):1-16.
58. **Gitlin MJ.** Psychotropic medications and their effects on sexual function: diagnosis, biology and treatment approaches. *J. Clin. Psychiatry* **1994**; 55:406-413.
59. **Hellewell JSE.** Tolerability and patient satisfaction as determinants of treatment choice in schizophrenia: a multi-national survey of the attitudes and perceptions of psychiatrists towards novel and conventional antipsychotics (poster). Presented at the *13th European College of Neuropsychopharmacology Congress* **2000**; Munich, Germany.
60. **Martin D, Andrew H, Martin A, Bela M, Dalia P, Irena KM, Mihai T, Victor B, Jan P, Tatjana G and Margeret M.** Prevalence of sexual dysfunction in patients with schizophrenia: international variation and underestimation. *International Journal of Neuropsychopharmacology.* **2005**; 8:195-201.
61. **Peuskens J.** Prolactin elevation and sexual dysfunction. In: Peuskens J. (Ed), A Literature Review of "Prolactin in Schizophrenia". Clear Perspectives: *Management Issues in schizophrenia.* **1997**;1 (3):17-27.
62. **Segraves RT.** Effects of psychotropic drugs on human erection and ejaculation. *Archives of General Psychiatry.* **1989**; 46:275-284,
63. **Moloney P, Elliot GB and Johnson HW.** Experiences with priapism. *Journal of Urology.* **1975**; 116:51-53.

64. **Degen K.** Sexual dysfunction in women using major tranquilizers. *Psychosomatics*. **1982**; 23:959-961.
65. **Ghadrian AM, Chouinard G and Annable L.** Sexual dysfunction and plasma prolactin levels in neuroleptic-treated schizophrenic outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*. **1982**; 170(8):463-467.
66. **Degen K.** Sexual dysfunction in women using major tranquilizers. *Psychosomatics*. **1982**; 23:959-961.
67. **Clayton, AH.** Recognition and assessment of sexual dysfunction associated with depression. *Journal of Clinical Psychiatry*. **2001**; 62(Suppl 3):5-9.
68. **Collins, AC, Kellner R.** Neuroleptics and sexual functioning. *Integr. Psychiatry* **1986**; 4:96-108.
69. **LoPiccolo J, and Steger JC:** The Sexual Interaction Inventory: A New Instrument for Assessment of Sexual Dysfunction. *Arch of Sexual Behav*, **1974**; 3 (6):585-595.
70. **Derogatis LR, and Melisaratos N:** The DSIF: *A Multidimensional Measure of Sexual Functioning*. *J of Sex Marital Therapy*, **1979**, 5 (3):244-281.
71. **Schover L.R, Friedman J, Weiler S, Heiman J, Lo-Piccolo J:** A Multiaxial descriptive system for the sexual dysfunctions. *Categories and Manual*, **1980**; NewYork.
72. **Rust J, and Golombok S:** *The Handbook of The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)*, **1983**; Scotland, City Press of Glasgow.
73. **Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E:** Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nin Standardizasyon Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, **1993**, 2:83-88
74. **Peter M.** Sexual dysfunction in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 20:138-142. **2007**©Lippincott Williams & Wilkins.
75. **Harrow M. & Silverstein M.** Psychotic symptoms in schizophrenia after the acute phase. *Schizophrenia Bulletin* **1977**; 3:608-616.
76. **Kemp R, Hayward R, and Applewhaite G.** Compliance therapy in psychotic patients: a randomised control trial. *British Medical Journal* **1996**; 312, 345-349.
77. **Aisenberg D, Zemishlany Z, Dorfman-Etrog P. And Weizman A.** Sexual dysfunction in male schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychiatry* **1995**; 56, 137-141.
78. **Spector IP and Carey MP.** Incidence and prevalence of sexual dysfunctions. A critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior* **1990**; 19:389-408.
79. **Kockott G and Pfeiffer W.** Sexual disorders in nonacute psychiatric outpatients. *Comprehensive Psychiatry* **1996**; 31, 56-61.
80. **Gerlach J. And Peacock L.** Intolerance to neuroleptic drugs: the art of avoiding extrapyramidal syndromes. *European Psychiatry* 10, 27-31.
81. **Barnes TRE and McPhillips MA.** Critical analysis and comparison of the side effect and safety profiles of new antipsychotics. *British Journal of Psychiatry* **1999**; 174, 38-43.

82. **Tran PV, Hamilton SH, Kuntz AJ, Potvin JH, Anderson SW, Beasley CJr and Tollefson GD.** Double-blind comparison of olanzapin versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotik disorders. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, **1997**; 17:407-418.
83. **Bobes J, Garc A, Portilla MP, Rejas J Hern NG, Garcia M, Rico VF and Porras A.** 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**; 29:125-147.
84. **Turrone P, Kapur S, Seeman MV and Flint AJ.** Elevation of prolactin levels by atypical antipsychotics. *American Journal of Psychiatry*, **2002**; 159:133-135.
85. **Peacock L, Solgard T, Lublin H and Gerlach J.** Clozapine versus typical antipsychotics: Effects and side effects. *Neuropsychopharmacology*. **1994**;10:223-354.
86. **Aizenberg D, Modai I, Landa A, Gil-Ad I and Weizman A.** Comparison of sexual dysfunction in male schizophrenic patients maintained on treatment with classical antipsychotics versus clozapine. *Journal of Clinical Psychiatry*, **2001**; 62:541-544,
87. **Hummer M, Kemmler G, Kurz M, Kurzthaler I, Oberbauer H and Fleishhacker WW.** Sexual disturbancesduring clozapine and haloperidol treatment for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, **1999**; 156(4):631-633.
88. **Mullen B, Brar JS, Vagnucci AH and Gangulu R.** Frequency of sexual dysfunctions in patients with schizophrenia on haloperidol, clozapine or risperidone. *Schizophrenia Research*, **2001**; 48:155-158.
89. **Compton MT and Miller AH.** Priapism associated with conventional and atypical antipsychotic medications: A review. *Journal of Clinical Psychiatry*, **2001**; 62(5):362-366.
90. **Novartis Pharamceuticals.** "Clozaril (Clozapine) Tablets" *Product monograph*. East Hanover NJ: **2002**; Novartis.
91. **Kleinberg DL, Davis JM, de Coster R, Van Baelen B and Brecher M.** Prolaktin levels and advers events in patients treated with risperidone. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, **1999**; 19:57-61.
92. **Bobes J, Gutierrez M, Gilbert J, Gonzalez MP and Herraiz ML.** Quality of life and disability in chronic schizophrenics treated with depot neuroleptics. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, **1999**; 27(4):229-234.
93. **Conley RR and Mahmoud R.** Arandomized double-blind study of risperidone and olanzapine in the treatment of schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psichiatry*, **2001**; 158(5):765-774.
94. **Mabini R, Wergowske G and Baker FM.** Galactorrhea and gynecomastia in a hypothyroid male being treated with risperidone. *Psychiatric Services*, **2000**; 51:983-985.
95. **Kaneda Y.** Risperidone-induced ejaculatory dysfunction: A case report. *European Psychiatry*, **2001**; 16(2):134-135.
96. **Nicolson R, and McCurley R.** Risperidone-associated priapism. [Letter]. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, **1997**; 17(2):133-134.

97. **Kim YK, Kim L and Lee MS.** Risperidone and associated amenorrhea: A report of 5 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, **1999**; 60:315-317.
98. **Markianos M, Hatzimanolis J and Lykouras L.** Neuroendocrine responsivities of the pituitary dopamine system in male schizophrenic patients during treatment with clozapine, olanzapine, risperidone, sulpride or haloperidol. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **2001**; 251(3):141-146.
99. **Richelson E and Souder T.** Binding of antipsychotic drugs to human brain receptors focus on newer generation compounds. *Life Sciences*, **2000**; 68(1):29-39.
100. **Matthews SC and Dimsdale JE.** Priapism after a suicide attempt by ingestion of olanzapine and gabapentin. [Letter]. *Psychosomatics*, **2001**; 42(3):280-281.
101. **Costa AM, de Lima MS, Faria M, et al.** A naturalistic, 9-month follow-up, comparing olanzapine and conventional antipsychotics on sexual function and hormonal profile for males with schizophrenia. *J. Psychopharmacol* **2006** [Epub ahead of print].
102. **Bitter I, Basson BR, Dossenbach MR.** Antipsychotic treatment and sexual functioning in first-time neuroleptic-treated schizophrenic patients. *Int Clin Psychopharmacol* **2005**; 20:19-21.
103. **Dossenbach M, Dyachkova Y, Pirildar S, et al.** 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. *Eur Psychiatry* **2006**; 21:251-258.
104. **King DJ, Link CG and Kowalczyk B.** A comparison of bid and tid dose regimens of quetiapine in the treatment of schizophrenia. *Psychopharmacology*. **1998**; 137:139-146.
105. **Goldstein JM and Cantillon M.** "Low incidence of reproductive/hormonal side effects with Seroquel is supported by its lack of elevation of plasma prolactin concentrations." Paper presented at the 36th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology. **December 1997**; Honolulu, HI.
106. **Pais VM and Ayvazian PJ.** Priapism from quetiapine overdose: First report and proposal of mechanism. [Abstract]. *Urology*, **2001**; 58(3):462.
107. **AstraZeneca Pharmaceuticals.** "Seroquel Tablets." *Product monograph*. Wilmington, DE: **2001**; AstraZeneca.
108. **Montejo Gonzalez AL, Rico-Villademoros F, Tafalla M, Majades S.** A 6-month prospective observational study on the effects of quetiapine on sexual functioning. *J. Clin Psychopharmacol* **2005**; 25:533-538.
109. **Atmaca M, Kuloğlu M, Tezcan E.** A new atypical antipsychotic: quetiapine-induced sexual dysfunctions. *Int J Import Res* **2005**; 17:201-203.
110. **Ananth J, Burgoyne K, Smith M and Gadasalli R.** "Prolactin Levels and New Antipsychotics." Paper presented at the 21st Annual Congress, *European College of Neuropsychopharmacology*, Glasgow, **July 1998**; Scotland.
111. **Reeves RR and Kimble R.** Prolonged erections associated with ziprasidone treatment: A case report. *Journal of Clinical Psychiatry*, **2003**; 64:97-98.

112. **Kane JM, Carson WH, Saha AR, McQuade RD, Íngenito GG, Zimbroff DL and Ali MW.** Efficacy and safety of aripiprazole and haloperidol versus placebo in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. **2002**; 63:763-771.
113. **Bristol-Myers Squibb Company.** "Abilify Tablets." *Product monograph*. Princeton, DE: **2002**; Bristol-Myers Squibb
114. **Conley RR, and Kelly DL.** *Pharmacological treatment of schizophrenia*. Caddo OK: **2000**; Professional Communications.
115. **Tenyi T, Trixler M, and Keresztes Z.** Quetiapine and pregnancy. [Letter]. *American Journal of Psychiatry*, **2002**; 159:674.
116. **Dickson RA and Edwards A.** Clozapine and fertility. *American Journal of Psychiatry* **1997**; 154:582-583.
117. **Miller LJ and Finnerty M.** Sexuality, pregnancy and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatric Services*. **1996**; 47:502-506.
118. **Grassi L, Pavanati M, Cardelli R, Ferri S. & Peron L.** HIV risk-behaviour and knowledge about HIV/AIDS among patients with schizophrenia. *Psychological Medicine* **1999**; 29, 171-179.
119. **Gottesman II & Groome CS.** HIV/AIDS risks as a consequence of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* **1997**; 23, 675-684.
120. **Susser E, Valencia E & Conover S.** Prevalence of HIV infection among psychiatric patients in a New York City men's shelter. *American Journal of Public Health* **1993**; 83, 568-570.
121. **Pharaoh FM, De Jesus Mari J and Streiner D.** Family Intervention for Schizophrenia (Review), The Cochrane data-base of systematic reviews, **2001**; The Cochrane Library, Issue 1.
122. **Leff J.** Aiding resocialisation of the chronic psychotic patient. *International Clinical Psychopharmacology* **1997**; 12, 9-24.
123. **Shanks J, Atkins P.** Psychiatric patients who marry each other. *Psychological Medicine* **1985**; 15, 377-382.
124. **Craft and Craft M.** Sexuality and Mental handicap: a review. *British Journal of Psychiatry* **1981**; 139, 494-505.
125. **DeNiro DA.** Perceived alienation in individuals with residual type schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* **1995**; 16, 185-200.
126. **Tarrier N.** And Birchwood M, eds. *Psychological Management of Schizophrenia*. **1995**; Wiley, Chichester.
127. **Rowlands P.** Schizophrenia and sexuality. *Sexual and Marital Therapy* **1995**; 10, 47-61.
128. **Mccann E.** Exploring sexual and relationship possibilities for people with psychosis-a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **2003**; 10, 640-649.
129. **Bengtsson-Trops A and Hansson L.** Clinical and social needs of schizophrenic out patients living in the community: The relationship between needs and subjective quality of life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. **1999**; 34(10):513-518.

130. **Xiaoduo F, David CH, Elaine C, Leah BNB, Oliver F, A Eden E, Corinne C, Donald CG.** Sexual functioning, psychopathology and quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* **2007**; 94: 119-127.
131. **Kelly DL, Conley RR.** Sexuality and schizophrenia: a review. *Schizophr. Bull.* **2004**; 30, 767-769.
132. **Macdonald S, Halliday J, Mac ET, Sharkey V, Farrington S, Wall S, McCreadie RG.** Nithsdale Schizophrenia Surveys 24: sexual dysfunction. Case-control study. *Br. J. Psychiatry.* **2003**; 182, 50-56.
133. **Smith SM, O'Keane V, Murray R.** Sexual dysfunction in patients taking conventional antipsychotic medication. *Br. J. Psychiatry.* **2002**; 181, 49-55.
134. **Schiavi RC, Stimmel BB, Mandeli J, Schreiner-Engel P and Ghizzani A.** Diabetes, psychological function and male sexuality. *Journal of Psychosomatic Research*, **1995**; 39:305-314.
135. **Cohn JB, Brust J, DiSerio F, and Singer J.** Effect of bromocriptine mesylate on induced hyperprolactinemia in stabilized psychiatric outpatients undergoing neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry.* **1985**; 13:173-179.
136. **Pollack MH and Rosenbaum JF.** Management of antidepressant-induced side effects: A practical guide for the clinician. *Journal of Clinical Psychiatry*, **1987**; 48:3-8.
137. **Sovner R.** Treatment of tricyclic antidepressant-induced orgasmic inhibition with cyproheptadine. [Letter]. *Journal of Clinical Psychiatry.* **1984**; 4:169.
138. **Balogh S, Hendricks SE and Kang J.** Treatment of fluoxetine-induced anorgasmia with amantadine. [Letter]. *Journal of Clinical Psychiatry.* **1992**; 53:212-213.
139. **Lare SB and Labbate LA.** Sildenafil and erectile dysfunction. [Letter]. *American Journal of Psychiatry.* **2000**; 157:2055-2056.
140. **Gopalakrishnan R, Jacob KS, Kuruvilla A, et al.** Sildenafil in the treatment of antipsychotic-induced erectile dysfunction: a randomized, double blind, placebo-controlled, flexible-dose, two-way crossover trial. *Am J Psychiatry* **2006**; 163:494-499.
141. **Sabuncu T, Arikian E, Tasan E and Hatemi H.** Comparison of the effects of cabergoline and bromocriptine on prolactin levels in hyperprolactinemic patients. *Internal Medicine*, **2001**; 40:857-861.
142. **Yamada K, Kanba S, Yagi G and Asai M.** Herbal medicine (Shakuyaku-kanzo-to) in the treatment of risperidone-induced amenorrhea. [Letter]. *Journal of Clinical Psychopharmacology.* **1999**; 19:380-381.
143. **Yamada K, Kanba S, Yagi G and Asai M.** Effectiveness of herbal medicine (shakuyaku-kanzo-to) for neuroleptic-induced hyperprolactinemia. [Letter]. *Journal of Clinical Psychopharmacology.* **1997**; 17:234-235.
144. **Munarriz R, Talakoub L, Flaherty E, Gioia M Hoag L, Kim NN, Traish A, Goldstein I, Guay A and Spark R.** Androgen replacement therapy with dehydroepiandrosterone for androgen insufficiency and female sexual dysfunction: Androgen and questionnaire results. *Journal of Sex and Marital Therapy.* **2002**; 28:165-173.

145. **Harris DS, Wolkowitz OM and reus VI.** Movement disorder, memory, psychiatric symptoms and serum DHEA levels in schizophrenic and schizoaffective patients. *World Journal of Biological Psychiatry.* **2001**; 2:99-102.
146. **Martin B.** Sexual dysfunction in schizophrenia: focus on recent evidence. *Human Psychopharmacology Clin Exp* **2008**; 23:201-209.
147. **Valevski A, Modai I, Zbarski E, Zemishlany Z, Weizman A.** Effect of amantadine on sexual dysfunction in neuroleptic-treated male schizophrenic patients. *Clin Neuropharmacol* **1998**; 21:355-357.
148. **Haddad PM, Wieck A.** Antipsychotic-induced hyperprolactinaemia: mechanisms, clinical features and management. *Drugs* **2004**; 64:2291-2314.
149. **Mir A, Shivakumar K, Mc Allister V, O'Keane V, McCrone P, Aitchison KJ.** Change in sexual dysfunction on switching to aripiprazole. **2006**; *Schizophr Res* 81 (suppl):3-308.
150. **Rust J, Golombok S.** The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch. Sex Behav.* **1986**; 15(2):157-165.
151. **Tuğrul C, Öztan N ve Kabakçı E.** Golombok-Rust Cinsel doyum ölçeğistandardizasyon çalışması(GRISS). *Türk Psikiyatri Dergisi.* **1993**; 4(2):83-88.
152. **Laumann EO, Nicolossi A, Glasser DB ve ark.** Sexual Problems among women and men aged 40-80y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res*, **2005**; 17:39-57.
153. **Alptekin K, Erkoç S, Gogus AK, Kultur S, Mete L, Ucok A, et al.** Disability in schizophrenia: Clinical correlates and prediction over 1-year follow-up. *Psychiatry Res* **2005**; 135:103-11.
154. **Atmaca M, Kuloğlu M, Tezcan E.** A new atypical antipsychotic: quetiapine-induced sexual dysfunctions. *Int J Impot Res* **2005**; 17:201-3.
155. **Üçok A, İncesu C, Aker T, Erkoç Ş.** Sexual dysfunction in patients with schizophrenia on antipsychotic medication. *European Psychiatry* **2007**; 22:328-333.
156. **Laumann EO, Paik A, Raymond C ve ark.** Sexual Dysfunction in the United States Prevalence and predictors. *JAMA*, **1999**; 281: 6:537-544.
157. **Öberg K, Sjögren Fugl-Meyer K.** On Swedish Women's Distressing Sexual Dysfunctions: Some concomittant conditions and life satisfaction. *J Sex Med.* **2005**; 2:169-180.
158. **Hummer M, Kemmler G, Kurz M, Kurzthaler I, Oberbauer H, Fleischhacker WW.** Sexual disturbances during clozapin and haloperidol treatment for schizophrenia. *Am J Psychiatry* **1999**; 156:631-3.
159. **Smith SM, O'Keane V, Murray R.** Sexual dysfunction in patients taking conventional antipsychotic medication. *Br J Psychiatry* **2002**; 181:49-55.
160. **Olfson M, Uttaro T, Carson WH, Tafesse E.** Male sexual dysfunction and quality of life in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* **2005**; 66:331-8.
161. **Knegtering R, Castelein S, Bous H, Van Der Linde J, Bruggeman R, Kluiters H, et al.** A randomized open-label Study of the impact of quetiapine versus risperidone on sexual functioning. *J Clin Psychopharmacol* **2004**; 24:56-61.

162. **Macdonald S, Halliday J, MacEwan T, Sharkey V, Farrington S, Wall S, et al.** Nithsdale Schizophrenia Surveys 24: sexual dysfunction. Case control Study. *Br J Psychiatry* **2003**; 182:50-6.
163. **Teusch L, Scherbaum N, Bohme H, Bender S, Eschmann-Mehl G, Gastpar M.** Different patterns of sexual dysfunctions associated with Psychiatric disorders and psychopharmacological treatment. Results of an investigation by semistructured interview of schizophrenic and neurotic patients and methadone-substituted opiate addicts. *Pharmacopsychiatry* **1995**; 28:84-92.
164. **Dossenbach M, Erol A, el Mahfoud Kessaci M, Shaheen MO, Sunbol MM, Boland J, et al.** IC-SOHO Study Group Effectiveness of antipsychotic treatments for schizophrenia: interim 6-month analysis from a prospective observational Study (IC-SOHO) comparing olanzapine, quetiapine, risperidone and haloperidol. *J Clin Psychiatry* **2004**; 65:312-21.
165. **Gades NM, Nehra A, Jacobson DJ, McGree ME, Girman CJ, Rhodes T, et al.** Association between smoking and erectil dysfunction: a population-based Study. *Am J Epidemiol* **2005**; 161:346-51.
166. **Ucok A, Polat A, Bozkurt O, Meteris H.** Cigarette smoking among patients with schizophrenia and bipolar disorders. *Psychiatry Clin Neurosci* **2004**; 58:434-7.
167. **Salokangas RK, Honkonen T, Stengard E, Koivisto AM, Hietala J.** Cigarette smoking in long-term schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2006; 2:219-23.
168. **Yılmaz E, Zeytinci İE, Sarı S, Karababa Fİ, Çilli SA, Kucur R.** Konya il merkezinde yaşayan evli nüfusta cinsel sorunların araştırılması. *Türkiye Psikiyatri Dergisi.* **2010**; 1-9.
169. **Ventegodt S.** Sex and the Quality of ILife in Denmark. *Arch Sex Behav.* **1998**; 27; 3:295-307.
170. **Laumann EO, Nicolossi A, Glasser DB ve ark.** Sexual Problems among women and men aged 40-80y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J İmpot Res.* **2005**; 17:39-57
171. **Parazzini F, Fabris FM, Bartolotti A ve ark.** Frequency and Determinants of Erectile Dysfunction in Italy. *Eur Urol.* **2000**; 37; 1:43-49.
172. **Shirai M, Marui E, Hayashi K ve ark.** Prevalence and corralates of Erecti Dysfunction in Japan Int J Clin Pract. **1999**; 102(suppl 36).
173. **Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG ve ark.** Impotence and Its Medical and Psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol.* **1994**; 151:54-61.
174. **Akkus E, Kadioğlu, Esen A ve ark.** Prevalence and Correlates of Erectile Dysfunction in Turkey: population-based Study. *Eur Urol.* **2002**; 41:298-304.
175. **Cutler A.J.** Sexual dysfunction and antipsychotic treatment. *Psychoneuroendocrinology* **2003**; 28:69-82.
176. **Wesby R, Bullimore E, Earle J, Heavy A.** A survey of psychosexual arousability in male patients on depot neuroleptic medication. *Eur. Psychiatry.* **1996**; 11:81-86.
177. **Meston C.M, Gorzalka B.B.** Psychoactive drugs and human sexual behavior: the rol of seratonergic activity. *J. Psychoactive Drugs* **1992**; 24:1-40.

178. **Petty R.G.** Prolactin and antipsychotic medications: mechanism of action. *Schizophr. Res.* **1999**; 35:67-73.
179. **Marken P.A, Haykal R.F, Fisher J.N.** Management of psychotropic-induced hyperprolactinemia. *Clin. Pharm.* **1992**; 11:851-856.
180. **Rao M.L, Gross G, Strebel B, Halaris A, Huber G, Brauning P, Marler M.** Circadian rhythm of tryptophan, serotonin, melatonin and pituitary hormones in schizophrenia. *Biol Psychiatry.* **1994**; 35:151-163.
181. **Peuskens J, Sienaert P, De Hert M.** Sexual dysfunction: the unspoken side effect of antipsychotics. *Eur. Psychiatry* 13 **1998**; 13:23-30.
182. **Bobes J, Rejas J, Garcia M, Rico- Villademoros F, Porrás A, Hernandez G.** Frequency and management of sexual dysfunction with antipsychotic drugs in schizophrenic patients: results from the EIRE Study. Presented at the American Psychiatric association Annual Meeting, New Orleans, Louisiana, USA. **2001**.

9. EKLER

8.1 EK 1: Bigilendirme ve onam formu

8.2 EK 2: Veri toplama formu

8.3 EK 3: Golombock Rust Cinsel Doyum Ölçeği

8.4 EK 4: Klinik Global İndeks Ölçeği

ŞİZOFRENİK BOZUKLUKTA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARININ GÖRÜLME SIKLIĞI İLE İLGİLİ İZLEM ÇALIŞMASI

BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Şizofrenik bozukluk toplumda % 1 sıklıkta görülen hastalığın kendisi ve kullanılan tedavi yöntemlerine göre günlük yaşantıyı, yaşam kalitesini ve cinsel yaşantıyı etkileyen bir hastalıktır. Bu çalışma Şizofrenik bozuklukta görülen cinsel işlev bozukluklarının hastalık süreci ve sağaltımla olan ilişkisini ve sıklığını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Prof. Dr.Yunus Emre EVLİCE ve Arş. Gör. Dr. Soner ÇAKMAK tarafından yürütülmekte olan bu çalışma, Şizofrenik Bozukluk hastalarının tedavi süreçlerindeki cinsel işlev sorunlarının izlenmesini amaçlamaktadır.

Araştırma sonuçları bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Çalışmaya katılmamanız sizin tedavi sürecinizi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki bölüme adınızı soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız.

**YUKAIDAKİ BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE
KLİNİK GÖRÜŞME VE PSİKOLOJİK TESTLERİN
UYGULANMASINI KABUL EDİYORUM.**

ADI SOYADI:

TARİH:

**PSİKOTİK BOZUKLUK
HASTA KAYIT FORMU**

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
PSİKOTİK BOZUKLUKLAR
POLİKLİNİĞİ**

TARİH:.....

DOKTOR:.....

**ADI SOYADI
ADRES
TELEFON
YAKINININ ADRESİ VE TELEFONU**

**1.CİNSİYET: 1.Kadın
2.Erkek**

2.DOĞUM TARİHİ:

3.DOĞUM YERİ:

**4.EĞİTİM DURUMU: 1.Okur-yazar değil
2.Okur-yazar
3.İlkokul
4.Ortaokul
5.Lise
6.Yüksek okul**

5.EĞİTİM SÜRESİ:..... yıl

6.MEDENİ DURUM:

	HASTALIK ÖNCESİ MEDENİ DURUM	HASTALIK SONRASI MEDENİ DURUM
1.Hiç evlenmemiş		
2.Evli		
3.Eşi ölmüş		
4.Boşanmış/ayrı yaşıyor		

7.MESLEK:

	HASTALIK ÖNCESİ MESLEK	HASTALIK SONRASI MESLEK
1.Ev kadını		
2.Memur		
3.İşçi		
4.Emekli		
5.İşsiz		
6.Serbest		
7.Öğrenci		
8.Diğer		

	HASTALIK ÖNCESİ AİLE TİPİ	HASTALIK SONRASI AİLE TİPİ
1.Çekirdek		
2.Geniş		
3.Diğer		

8.KARDEŞ SAYISI/SIRASI:

9.YAŞADIĞI YER:

10.HASTALIK ÖNCESİ SOSYOEKONOMİK KÜLTÜREL DÜZEY: 1.Üst
2.Orta
3.Alt

11.HASTALIK SONRASI SOSYOEKONOMİK KÜLTÜREL DÜZEY: 1.Üst
2.Orta
3.Alt

12.SOSYAL GÜVENCE: 1.Yok
2.Var(.....)

13.EL DOMİNANSI: 1.Sağ
2.Sol
3.Mikst

14.BAŞLANGIÇTA STRES ETKENİ: 1.Yok
2.Var(.....)

15.BAŞLANGIÇTA TEMEL BELİRTİLER: 1. Hezeyanlar
2. Hallüsinasyonlar
3. Dezorganize davranış
4. Katatonik davranış
5. Dezorganize konuşma
6. Duygulanım patolojileri
7. Negatif belirtiler
8. Diğer

16.KOMORBİD PSİKİYATRİK HASTALIK: 1.Yok
2.Var(.....)

17.ÖZKİYIM GİRİŞİMİ: 1.Yok
2.Var Sayısı:..... Yöntemi:.....

18.SALDIRGANLIK: 1.Yok
2.Var

19.FİZİK MUAYENE:.....

20.NÖROLOJİK MUAYENE:.....

21.DAHA ÖNCE KULLANILAN İLAÇLAR(Son bir aya kadar)

İLACIN ADI	DOZ	SÜRE

22.DAHA ÖNCE EKT UYGULAMASI: 1.Yok
2.Var(sayısı.....)

23.OBSTETRİK KOMPLİKASYON: 1.Var
2.Yok

24.DAHA ÖNCEKİ ÇARE ARAMA DAVRANIŞLARI: (Birden çok
işaretenebilir)

- 1.Geleneksel tedaviler
- 2.Seyehat
- 3.Psikiyatri dışı hekim
- 4.Psikiyatrist

25.AİLEDE RUHSAL BOZUKLUK: 1.Yok
2.Var(Belirtiniz.....)

26.ALIŞKANLIKLAR:

Sigara: 1.Yok
2.Var(Miktar ve süre belirtiniz.....)

Alkol: 1.Yok
2.Var(Miktar ve süre belirtiniz.....)

Esrar: 1.Yok
2.Var(Miktar ve süre belirtiniz.....)

Diğer: 1.Yok
2.Var(Miktar ve süre belirtiniz.....)

27.HASTALIĞIN BAŞLANGIÇ YAŞI:

28.HASTALIĞIN BAŞLANGICINDAN İLK TEDAVİYE KADAR GEÇEN
SÜRE:.....ay

29.DAHA ÖNCE ALDIĞI PSİKİYATRİK TANILAR:

30.HASTALIĞIN ALEVLENME SAYISI:

31.TOPLAM HASTANEYE YATIŞ SAYISI:

32.TANI (DSM-IV'e göre belirtiniz):

- 1.Şizofreni
- 2.Şizofreniform Bozukluk
- 3.Şizoaffektif Bozukluk
- 4.Sanrısız Bozukluk
- 5.Kısa Psikotik Bozukluk
- 6.Paylaşılmış Psikotik Bozukluk
- 7.Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk
- 8.Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk

33.BAŞLAMA ŞEKLİ: 1.Yavaş
2.Hızlı

34.CGI:.....

GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

ERKEK FORMU

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1) Haftada iki defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
2) Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
3) Cinsel yönden kolay uyarılır mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
4) Cinsel ilişki sırasında boşalmak için henüz erken olduğunu düşünürseniz boşalmayı geciktirebilir misiniz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
5) Eşinizle olan cinsel yaşamınızı tekdüze (monoton) buluyor musunuz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
6) Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsızlık duyar mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
7) Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, tedirgin ve endişeli olur musunuz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
8) Cinsel organınızın, eşinizin cinsel organına girmesinden zevk alır mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
9) Eşinizle, cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığını sorar mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
10) İlişki sırasında cinsel organınızın sertleşmediği olur mu?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
11) Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
12) Eşinizin, cinsel organınıza dokunup, okşamasından zevk alır mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
13) Cinsel birleşme sırasında erken boşalmayı engelleyebilir misiniz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
14) Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
15) Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar buluyor musunuz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
16) Önsevişme (öpme, okşama gibi) sırasında cinsel organınızın sertleştiği olur mu?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
17) Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (Hastalık gibi nedenler dışında)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
18) Eşinizle karşılıklı mastürbasyon yapmaktan(kendinizi tatmin etmekten) zevk alır mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
19) Eşinizle sevişmek istediğinizde ilişkiyi siz başlatır mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
20) Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
21) İsteddiğiniz kadar sık cinsel ilişkide bulunur musunuz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
22) Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
23) Cinsel birleşme sırasında cinsel organınızın sertliğini kaybettiği olur mu?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
24) Cinsel organınızın eşinizin cinsel organına girer girmez istemeden boşaldığınız olur mu?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
25) Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
26) Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
27) Cinsel organınızın eşinizin cinsel organına girmek üzereyken, istemeden boşaldığınız olur mu?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
28) Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)

KADIN FORMU

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1) Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
2) Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
3) Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu (Adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
4) Cinsel yönden kolay uyarılır mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
5) Sizce, sizin ve eşinizin önsevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
6) Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
7) Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
8) Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşıyor musunuz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
9) Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
10) Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar bulur musunuz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
11) Gerekirse rahatsızlık ve acı duymakızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
12) Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsız olur musunuz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
13) Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde rahatsız olur musunuz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
14) Sizin için doyuma (orgazm) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
15) Haftada iki defadan fazla cinsel birleşimde bulunur musunuz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
16) Eşinize cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
17) Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
18) Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
19) Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
20) Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
21) Önsevişme sırasında eşiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
22) Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
23) Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
24) Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
25) Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
26) Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
27) Cinsel birleşme anında hoşlanır mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)
28) Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)

Klinik Global İndeks (CGI)

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Soner Çakmak

Doğum Tarihi ve Yeri: 12. 01. 1970/ Niğde

Medeni Durum: Bekar

Adres: Reşatbey Mah. 4 sok Papatya apt Kat: 4 No:11 Seyhan/ ADANA

Telefon: 0-532-5183624

Fax: -

E mail: scakmak@cu.edu.tr

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Varsa Mezuniyet Derecesi: -

Görev Yerleri: Yahyalı Yerköy Sağlık Ocağı/ Kayseri

Merkez 5 No'lu Sağlık Ocağı/Niğde

Dernek Üyelikleri: Türk Psikiyatri Derneği

Alınan Burslar: -

Yabancı Dil(ler): İngilizce