



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EğİTİM
VE ARAşTIRMA HASTANESİ**

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA BEDEN ALGISI İLE
CİNSEL İşLEV BOZUKLUğU VE ÇİFT UYUMUNUN İLİşKİSİ**

Dr. Emine Reyhan Yazar

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
İSTANBUL - 2020**





**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA BEDEN ALGISI İLE
CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU VE ÇİFT UYUMUNUN İLİŞKİSİ**

Dr. Emine Reyhan Yazar

TEZ DANIŞMANI:

Doç. Dr. Filiz İzci

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL – 2020

TEŞEKKÜR

Tezimin oluşması ve hazırlanmasında hiçbir desteği esirgemeyen, asistanlık sürecimde her zaman bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tez danışmanım olduğu için kendimi şanslı hissettiğim Doç. Dr. Filiz İZCİ' ye öncelikli olarak teşekkürlerimi sunmak isterim.

Asistanlığım boyunca mesleki tecrübe ve bilgilerinden faydalanma imkanı bulduğum çok değerli hocalarım Doç. Dr. Engin Emrem Beştepe, Doç. Dr. Hüseyin Güleç, Doç. Dr. Yusuf Özay Özdemir, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin, Doç. Dr. Medine Yazıcı Güleç, Doç. Dr. Merih Altıntaş, Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar ve Doç. Dr. Rabia Bilici'ye; nöroloji rotasyonumda emeği geçen değerli hocam Doç. Dr. Saime Füsün Domaç'a; çocuk psikiyatri rotasyonumda emeği geçen Doç. Dr. Özalp Ekinci ve Yrd. Öğr. Gör. Dr. İbrahim Adak'a;

Bilgi ve deneyimlerinden faydalanma imkanı bulduğum hastanemizin değerli uzmanlarına;

Tez sürecim ve asistanlığım boyunca hiçbir desteği esirgemeyen, birlikte huzur içinde çalışma fırsatı bulduğum sevgili eş kıdemlerim Dr. Muhammet Enes Özel, Dr. Osman Ozan Odabaşı ve Dr. Rümeysa Dilara Kurban'a, samimiyetine ve dostluğuna her zaman güvendiğim, kendisini tanıdığım için çok mutlu hissettiğim değerli dostum Dr. Sibel Çakıtlı'ya ve asistanlık sürecimi paylaştığım tüm hekim arkadaşlarıma;

Üniversite hayatımın başından itibaren iyi-kötü her anımı paylaştığım ömürlük dostum, sırdaşım Dr. Keziban Ülke Esin'e ve karşılıksız sevgisiyle desteğini her zaman hissettiğim, kendisini tanıdığım için çok mutlu olduğum canım arkadaşım Dr. Şule Erdem'e;

Bana olan inancını asla kaybetmeyen, her konuda bana sonsuz güveni olan, kendilerine karşı sevgi ve minnettarlığımı sözcüklere sığdıramayacağım çok kıymetli aileme;

Tanıştığımız ilk günden bu yana her konuda en büyük destekçim, sevgilim, çok değerli eşim Adnan Sertaç Yazar'a ve varlığından en büyük gücü aldığım, huzurum, canım oğlum Servet Efe Yazar'a en içten duygularım ve tüm samimiyetimle teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Emine Reyhan Yazar

İSTANBUL-AĞUSTOS 2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	viii
TABLolar	ix
ÖZET	x
ABSTRACT.....	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. BİPOLAR BOZUKLUK.....	4
2.1.1. Tarihçe.....	4
2.1.2. Epidemiyoloji.....	5
2.1.3. Etiyoloji	5
2.1.4. Tanımlama ve Sınıflandırma	6
2.1.5. Tanısal Özellikler.....	7
2.1.6. Klinik Seyir.....	11
2.2. CİNSELLİK	12
2.2.1. Tanım ve Tarihçe	12
2.2.2. Cinsel Fizyoloji ve Cinsel Yanıt Döngüsü	12
2.2.3. Cinsel İşlev Bozuklukları	14
2.2.4. Bipolar Bozukluk ve Cinsellik:.....	21
2.3. BEDEN ALGISI.....	23
2.3.1. Bipolar Bozukluk ve Beden Algısı	26

2.4. ÇİFT UYUMU	27
2.4.1. Bipolar Bozukluk ve Çift Uyumu	27
3.YÖNTEM VE GEREÇLER.....	28
3.1. Uygulama ve Örneklem	28
3.2. Veri Toplama Araçları	30
3.2.1. SCID-V-CV (DSM-V Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen için):	30
3.2.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D):	30
3.2.3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ):	30
3.2.4. Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği (GRCDÖ):	30
3.2.5. Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ):	31
3.2.6. Beden Algı Ölçeği (BIÖ):	31
3.2.7. Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (Brief QoL.BD):	31
3.2.8. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	32
3.2.9. Aydınlatılmış Onam Formu	32
3.3. İstatistiksel Analiz.....	32
4.BULGULAR	32
4.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri	32
4.2. Örneklemin Hastalık Özelliklerine Ait Bulgular	33
4.3. Örneklemin İlaç Kullanımına Ait Bulgular	34
4.4. Örneklemin Hastalık Özellikleri ve Diğer Sosyodemografik Özellikleri	35
4.5. Golombuck Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Çift Uyum Ölçeği Arasındaki Korelasyona Ait Bulgular.....	35
4.6. GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçeklere Ait Sıklık Oranları ile ilgili Bulgular:	38
4.7. GRCDÖ, ÇUÖ, BAÖ ve Brief QoL.BD Değerlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	39
4.8. GRCDÖ ve ÇUÖ ile BAÖ ve Brief QoL.BD Arasındaki Korelasyona Ait Bulgular ...	41

4.9. Kadınlarda ve Erkeklerde BAÖ ve Brief QoL.BD ile ÇUÖ ve GRCDÖ Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesine Ait Bulgular	43
4.10. GRCDÖ-Toplam,ÇUÖ-Toplam,BAÖ ve Brief QoL.BD Ölçeklerinin Birbiri Arasındaki Korelasyona Ait Bulgular	44
4.11. BMI ile ÇUÖ, BAÖ ve Brief Q oL.BD Arasındaki Korelasyona Ait Bulgular	45
4.12. BAÖ ile Brief QoL.BD Arasındaki Korelasyona Ait Bulgular	45
4.13. Antidepresan Kullanımı ile GRCDÖ, ÇUÖ, BAÖ ve Brief QoL.BD Değerleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	46
5. TARTIŞMA	48
6. KISITLILIKLAR	56
7. SONUÇLAR	56
KAYNAKÇA.....	58

KISALTMALAR

BAÖ: Beden Algı Ölçeği

BB: Bipolar Bozukluk

BMI: Body Mass Index

Brief QoL.BD: Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

CİB: Cinsel İşlev Bozuklukları

ÇUÖ: Çift Uyum Ölçeği

GRCDÖ: Golombuck Rust Cinsel Doyum Ölçeği

HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HHA: Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal Aks

DSM-IV: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-4

DSM-V: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5

SCID-V-CV: DSM 5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen için

SSRI: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü

YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

TABLÖLAR

Tablo 1. Örnekleme ait sosyodemografik özellikler

Tablo 2. Örneklemin hastalık özellikleri

Tablo 3. Örneklemin ilaç kullanım özellikleri

Tablo 4. Örneklemin Hastalık Özellikleri ve Diğer Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 5. GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçekleri ile ÇUÖ Toplam ve Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon

Tablo 6. GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçeklere Ait Sıklık Oranları,

Tablo 7. GRCDÖ, ÇUÖ, BAÖ, Brief QoL.BD Değerlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırması

Tablo 8. GRCDÖ ve ÇUÖ ile BAÖ ve Brief QoL.BD Arasındaki Korelasyon

Tablo 9. Kadınlarda ve Erkeklerde BAÖ ve Brief QoL.BD ile GRCDÖ ve ÇUÖ Arasındaki Korelasyon

Tablo 10. GRCDÖ-Toplam, ÇUÖ-Toplam, BAÖ ve Brief QoL.BD Ölçeklerinin Birbiri Arasındaki Korelasyon

Tablo 11. BMI ile BAÖ ve Brief QoL.BD Arasındaki Korelasyon

Tablo 12. BAÖ ile Brief QoL.BD Arasındaki Korelasyon

Tablo 13. Antidepresan Kullanımı ile GRCDÖ, ÇUÖ, BAÖ ve Brief QoL.BD Değerleri Arasındaki İlişki

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda Bipolar Bozukluk (BB) tanılı hastalarda beden algısının cinsel işlev bozukluğu (CİB) ve çift uyumu ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmamız kesitsel bir çalışma olup S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine ayaktan başvuran 80 tane remisyonda BB tanılı hasta dahil edilmiştir. Hastaların tanısı DSM-V Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-V CV) uygulanarak kesinleştirilmiştir ve bütün hastalar için ayrı ayrı sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) yapılarak remisyon döneminde oldukları netleştirilmiştir. Sonrasında öz bildirimine dayalı ölçekler olan Golombuck Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ), Beden Algı Ölçeği (BAÖ) ve Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (Brief QoL.BD) verilmiştir.

Bulgular: Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda cinsel işlev bozukluğu görülme oranı % 55 bulunmuştur. BB tanılı kadın hastalarda en sık saptanan bozukluk vajinismus, erkeklerde ise erken boşalma olmuştur. BB tanılı hastalarda cinsel işlev bozukluğu eşlik etmesinin çift uyumunu olumsuz etkilediği gözlenmiştir. BB tanılı hastalarda Body Mass Index (BMI) ile beden algısı arasında, beden algısı ile cinsel işlev bozukluğu arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Beden algısından memnuniyet artışının çift uyumu ve yaşam kalitesi üzerine olumlu yönde etkisi gözlenmiştir.

Sonuç: Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda cinsel işlev bozukluğu varlığı çift uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Beden algısında bozulma cinsel işlev bozukluğuna etki etmezken çift uyumunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Anahtar Sözcükler: Bipolar Bozukluk, beden algısı, cinsel işlevler, çift uyumu

ABSTRACT

Objectives: In our study, it was aimed to investigate the relationship between body perception and sexual dysfunction and couple compliance in patients diagnosed with bipolar disorder.

Method: Our research is a cross-sectional study and 80 patients diagnosed with BB were included in outpatients who applied to the outpatient clinics of S.B.Ü. Erenköy Mental and Neurological Diseases Training and Research Hospital. The diagnosis of the patients was confirmed by performing the Structured Clinical Interview for DSM-V Disorders (SCID-V CV), and the sociodemographic data form was filled out separately for all patients. Young Mania Rating Scale (YMRS) and Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) were made to clarify that they are in remission period. Afterwards, Golombuck Rust Sexual Satisfaction Scale (GRISS), Dyadic Adjustment Scale (DAS), Body Cathexis Scale (BCS) and Brief Quality of Life Scale in Bipolar Disorder (Brief QoL.BD) were given.

Results: The incidence of sexual dysfunction in patients diagnosed with bipolar disorder was 55%. Vaginismus was the most common disorder in female patients with BB and premature ejaculation in men. It has been observed that accompanying sexual dysfunction in patients with BB has a negative effect on dyadic adjustment. There was no relation between BMI and body perception in patients with BB, and also no relation between body perception and sexual dysfunction. The positive effect of the increase in satisfaction with body perception on the dyadic adjustment and quality of life was observed.

Conclusion: The presence of sexual dysfunction in patients diagnosed with bipolar disorder negatively affects couple dyadic adjustment. While deterioration in body perception does not affect sexual dysfunction, it negatively affects dyadic adjustment and quality of life.

Key Words: Bipolar Disorder, body perception, sexual functions, dyadic adjustment

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk duygudurum atakları ile giden, tekrarlayan, birçok alanda işlevsellik kaybına yol açan, yaygın, komplike, kronik ve ciddi bir ruhsal bozukluktur (1,2).

Nüfusun % 1.5'ini etkilediği tahmin edilen BB genel olarak 13 ila 30 yaş arasında bir başlangıca sahiptir ve ilk semptomlardan sonra tanı konulması zaman alabilir (3). Genellikle anksiyete bozuklukları, madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi eşlik eden ek tanılarının varlığı nedeniyle sosyal ve mesleki işlevsellik başta olmak üzere birçok önemli alanda işlevsellik olumsuz etkilenmektedir (4). Remisyonunda bipolar hastalarda subsendromal depresif belirtiler en yaygın olmak üzere subsendromal rezidüel belirtilere rastlanabilmektedir. Düşük işlevsellik ile ilişkili bulunan rezidüel semptomlar arasında subsendromal duygudurum semptomları, duygusal labilite, sirkadiyen ritimde bozukluklar, cinsel işlev bozukluğu, damgalanma ve algılanan bilişsel bozukluklar sayılabilir (5).

Ruhsal bozuklukların çoğunluğu geç ergenlik ve erken yetişkinlik dönemlerinde başladığı için cinsel gelişimdeki önemli aşamalarla çakışmaktadır. Cinsel işlev bozukluğu; cinsel istek ve uyarılma bozukluğu, erektil disfonksiyon, genital veya pelvik ağrı ve içe girme bozukluğu, orgazm ve boşalma bozukluğunu içeren bir şemsiye terimdir ve ruhsal bozukluğu olanlarda sık görülmesine rağmen göz ardı edilebilmektedir (6,7). Genel popülasyonda cinsel işlev bozukluğu için risk faktörleri arasında psikolojik stres, sigara içme, obezite ve diabetes mellitus gibi birçok faktör bulunurken ruhsal bozukluklarda psikotropik ilaç kullanımı en sık rastlanan faktörlerden birisidir (8).

Bununla birlikte, CİB'in kullanılan ilaç türüne, kullanılan ilaç süresine ve ya ilaç kullanılıp kullanılmadığına bakılmaksızın ruhsal bozukluğun başlangıcı ile beraber ortaya çıktığı bulunmuştur (9). BB'li hastalarla yapılan çalışmalar, bipolar bozukluklu hastalarda CİB'in sağlıklı kontrollerden yüksek olduğunu göstermiştir (10). Yapılan bir çalışma psikiyatrik bozukluğu olan hastalar arasında bipolar bozukluk olan hastaların cinsel işlev bozukluğu prevalansının en yüksek olduğunu bildirmiştir (11).

Bipolar bozukluk hastalarıyla ilişkili cinsel zorlukların çoğu tüm ciddi psikiyatrik bozukluklarda ortaktır. Bununla birlikte, BB'de cinsel işlev bozukluklarından hiperseksüelite ve duygudurum döngüsü nedeniyle çift ilişkilerinin bozulması sıktır. Manik ve hipomanik ataklar sırasında hiperseksüelite, bipolar bozukluğun en bilinen semptomlarından biridir. Aynı şekilde, manik ve depresif atakların döngüsü de bu tanının bir özelliğidir ve hem etkilenen hasta hem de eşi için stresli ve yönetimi zor olabilecek yıkıcı cinsel dalgalanmalarla ilişkilidir (12). BB manik ve hipomanik atakları sırasında libido artışı, uygunsuz cinsel birliktelikler ve hiperseksüelite gözlenebilmektedir (13). Depresif atakta ise; ilgi istek azlığı, anhedoniye cinsel istek azlığı da eşlik etmektedir. BB'de mani ve depresyon ataklarının cinsel işlevler üzerine etkisi zıt olabilmektedir (12).

Cinsel işlevleri etkileyen önemli parametrelerden biri, çiftlerin birbirleriyle olan uyumudur. Çift uyumu ve cinselliğin birbirleri üzerine etki ettikleri düşünülmektedir (4). Bipolar hastaların, diğer kronik zihinsel hastalıkları olan hastalarla karşılaştırıldığında ilişkilerini yönetmede daha aktif oldukları, ilişkilerinde daha istikrarlı oldukları, evlilik oranlarının daha yüksek olduğu ve çocuk sahibi olma ihtimallerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlıklı kontrolleri diğer tanı gruplarıyla karşılaştıran çalışmalarda, bipolar hastalar ilişki durumu, cinsel gelişim, cinsel tatmin ve evlilik uyumu açısından diğer tanı gruplarına kıyasla kontrol gruplarına en yakın gözlenmiştir. (11,12).

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda boşanma oranlarının yüksek olduğunu bildiren çalışmalar evlilik uyumu ile ilgili verilerin tutarsız olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar dikkate alındığında, evlilik uyumunu artırmaya yönelik müdahaleler ve subsendromal belirtilerin tedavi edilmesi hastaların cinsel işlevlerinin iyileşmesine yardımcı olabilir (10), (11). Sağlıklı cinsel işlevsellik, yaşam kalitesinin önemli bir bileşenidir, ancak ruhsal bozukluğu olan kişiler cinsel sorunları klinisyenlerine kendiliğinden dile getirmek konusunda isteksizdir ve klinisyenler ise hastaların cinsel işlevleri ile ilgili bilgi almaktan kaçınırlar (8).

Cinsel aktivite kişinin kişilerarası ilişki yürütebilme, özel bir amaca ulaşabilme ve bir ihtiyacın karşılanabilmesi kapasitesini yansıtmaktadır. Bu nedenle cinsel işlevler hastaların genel işlevselliğinin önemli bir göstergesidir (4).

Vücut ağırlığının beden algısında önemli olduğunu, obez kişilerde beden algısının bozulabildiğini gösteren çalışmalar vardır. Bununla birlikte ciddi zihinsel bozukluğu olan hastalar tedavide kullanılan ilaçlar, egzersiz eksikliği, zayıf beslenme alışkanlıkları ve farkındalık eksikliği nedeniyle kilo alımına yatkındır ve genel popülasyondan daha fazla obezite riski altındadır (14). BB obezite için bir risk faktörü olabilir. BB'nin depresif evresi sırasında fiziksel hareketsizlik ve değişmiş beslenme şekli aşırı kilo ve obezite için daha yüksek bir risk oluşturur ve psikotropik ilaçla uzun süreli tedavi de kilo alımı ile ilişkilidir (15). Ayrıca aşırı yeme bozukluğu obez bireylerde yaygın bir yeme şeklidir ve bipolar bozukluğu olan hastalar tarafından sıklıkla bildirilir (15,16). Yapılan çalışmalarda beden algısı BMI ile ilişkilendirilmiştir. Bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarında yapılan bir çalışmada B-WISE (Body Weight İmage and Self-Esteem) beden algısı ölçeği ile beden algısının psikososyal uyuma katkısına bakılmış, BMI ile ters korelasyon tespit edilmiştir (14). Vücut ağırlığı ve beden imajı cinsel yaşamı etkileyen ana unsurlardan biridir, cinsel yaşam ise yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisidir. Cinsel sağlık yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisidir ve vücut ağırlığı ve beden imajı cinsel yaşamı etkileyen ana unsurlardan biridir (17). Beden algısının cinsel işlevler üzerine etkisi genellikle polikistik over sendromu, mastektomi gibi kalıcı bedensel hastalıklarda araştırılmıştır. Biz bu çalışmamızda BB tanılı hastalarda beden algısının cinsel işlev bozukluğu ve çift uyumu ile ilişkisinin araştırılmasını amaçladık.

Çalışmanın hipotezi:

Hipotez 1: Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda olumsuz beden algısı cinsel işlev bozuklukları ile ilişkilidir.

Hipotez 2: Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda olumsuz beden algısı çift uyumu ile ilişkilidir.

Hipotez 3: Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda cinsel işlev bozuklukları ile çift uyumu ilişkilidir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. BİPOLAR BOZUKLUK

2.1.1. Tarihçe

Duygudurum bozuklukları dışardan gözlenebilir olması nedeniyle geçmiş zamanlardan bu yana ilgi çekmiştir (18). “Melankoli” ve “mani” terimlerinin Eski Yunan kökenine ait olduğu bilinmekle beraber “melankoli” Yunanca “melan” (kara) ve “chole” (safra) kelimelerinin bir araya gelmesinden oluşmaktadır (19). Melankoli söylemini ilk kullanan kişinin milattan önce (M.Ö.) 5. yüzyılda Hipokrat olduğu bilinmektedir (20). Hipokrat o dönem melankoliyi “ kara safra” olarak adlandırmış ve “iştahsızlık, ümitsizlik, uykusuzluk, çabuk sinirlenme ve huzursuzluk” hali olarak ifade etmiştir (21). Milattan sonra (M.S.) 2. yüzyılda Areatus mani ve melankoli durumlarının aynı kişide değişik zamanlarda oluşabildiğini fark ederek BB klinik seyri açısından günümüze en yakın tanımlamayı kullanmıştır (19). 11. yüzyılda İbni Sina da ruhsal çökkünlük konusuna değinmiştir (20). Bununla birlikte, 19. yüzyıla kadar bu konuda farklı bir şey söylenmemiştir (18). 19. yüzyılın ortalarında, 1851 yılında Jean-Pierre Falret aynı hastada mani ve depresyon dönemlerinin farklı zamanlarda bulunduğunu belirtmiş ve “döngüsel ruhsal hastalık” (folie circulaire) olarak tanımlamış, Fransa akademik kuruluna sunmuştur (19). 1854 yılında ise Baillarger, siklik (manik-melankolik) dönemleri “iki biçimli delilik” (folie a` double forme) şeklinde tanımladı (22). 1899 yılında Kraepelin erken bunama (dementia praecox) ile manik depresif psikoza birbirinden ayırmış, manik depresif psikoza yineleme ve düzelme dönemleriyle giden döngüsellik özelliğini vurgulamıştır (23). 1930’lu yıllarda Bleuler bu klinik tablolardan “affektif bozukluklar” olarak bahsetmiştir (24). 1952’de Amerika Psikiyatri Birliği (APA) tarafından oluşturulan (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) DSM-I’de ilk kez “manik depresif reaksiyon” ifadesine yer verilmiştir (25). 1957’de Leonhard “Bipolar Depresyon” tanımını “unipolar depresyon” tanımından ayırarak yeni bir sınıflandırma önermiştir (20,26). 1968’de DSM –II’de , “manik-depresif hastalık” şeklinde adlandırılarak psikiyatride biyolojik perspektiflerin hakim olduğu bir dönem başlamıştır (19). 1976’da Dunner hastalığın Bipolar I ve Bipolar II olarak iki alt tipe ayrılmasını önermiştir (27). DSM-III’de major depresyon ve bipolar bozukluk “affektif bozukluklar” başlığı altında iki ayrı hastalık olarak tanımlanmış, DSM III-R’ de ise affektif bozukluklar tanımı, duygudurum

bozuklukları olarak değiştirilmiştir. DSM-IV bu bozuklukları iki uçlu bozukluk I, iki uçlu bozukluk II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan iki uçlu bozukluk şeklinde dörde ayırmıştır (28). 2013'te yayımlanan DSM-V' te Bipolar ve İlişkili Bozukluklar başlığı altına alınmıştır (18).

2.1.2. Epidemiyoloji

Duygudurum bozuklukları sık görülmekle beraber BB' nin yaşam boyu yaygınlığı için genel olarak toplumun % 1- 5'i arasında olduğu kabul edilmektedir (21). Bazı ülkelerde % 0,1 gibi düşük oranlar da bildirilmiştir (29). Bununla birlikte yeni çalışmalarda spektrum şeklinde ele alındığında oran % 6,4 e kadar çıkmakla birlikte bu oranlar BB tip I için % 0-2,4; BB tip II için % 0,3-4,8; siklotimi için % 0,5-6,3; hipomani için % 2,6-7,8 aralığında değişmektedir (30,31). DSM-V kriterleri baz alınarak BB tip I tanısı konulmuş bir çalışmada BB tip II için yaşam boyu sıklık % 2,1 şeklinde bildirilmiştir (32). BB görülme sıklığı erkek ve kadında eşit olmakla birlikte, erkeklerde manik epizod sıklığı daha fazla, kadınlarda ise depresif epizod sıklığı daha fazla gözlenmektedir (33). BB tip II yaygınlığı ise kadınlarda daha fazla olmakla beraber hızlı döngülülük, karma dönemler, antidepresanla manik kayma, madde kötüye kullanımı ve ek tıbbi problemlerin de kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (18,34). Duygudurum Bozukluklarının sıklığı ırk, kültür açısından değişiklik göstermezken sosyoekonomik açıdan yüksek grupta BB tip I yaygınlığı daha fazla gözlenmiştir (31,33). BB tip I bozukluğun bekar ve boşanmış kişilerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (31). Unipolar depresyonun aksine, BB ergenlik ve genç erişkin yıllarında daha sık kendini gösterir (35). BB tip I başlangıç yaşı 5-50 yaş aralığında değişmekle birlikte BB tip II'nin ise kısmen daha geç başlangıçlı olduğu öngörülmektedir (18,31). Ortalama başlangıç yaşı BB tip I için 18, BB tip II için 20 olarak öngörülmüştür (36). Geç yaşlarda başlayan mani ise daha sıklıkla organizite ile ilişkilendirilmiştir (37).

2.1.3. Etiyoloji

BB etiyolojisi multifaktöriyel, karmaşık ve henüz net olarak anlaşılamamış olması ile beraber etiyolojiyi anlamaya yardımcı olan çalışmalar bulunmaktadır (38,39). BB ile yapılan aile, genetik ve ikiz çalışmaları % 60-85 oranında kalıtsal olduğunu açıklamaktadır (40). Yapılan çalışmalarda monozigotik ikizlerde % 70 konkordans ve dizigotik ikizlerde de % 20 konkordans saptanırken birinci derece akrabalarda % 5-10 gibi bir oran saptanmıştır (41,42). BB' de çalışmalar genetik etiyoloji açısından bir çok gene işaret etse de spesifik bir gen

bölgesi tanımlanamamıştır (41). BB' li hastalarda yapılan yapısal görüntüleme çalışmaları, anatomik ve nöropatolojik anormalliklerin nöroprogresyonla ilişkisini göstermiştir (43). BB gelişme riski, stresli yaşam olayları veya madde kötüye kullanımı gibi çevresel faktörler ile ilişkili bulunmuştur (44). Erken başlangıçlı BB ailevi duygudurum bozukluğu riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (45). Prepubertal başlangıçlı BB, yıkıcı davranış bozuklukları, özellikle dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile genetik olarak ilişkili bulunmuştur (46). Son yıllarda BB genetik etiyolojisine yönelik çalışmalara sıklıkla yer verilmiştir (47). Serotonin taşıyıcı (5-HTT, SERT), dopamin taşıyıcı (DAT), beyin türevi nörotrofik faktör (BDNF), katekol-O metiltransferaz (COMT) gibi genlerin polimorfizmi mitokondriyal DNA'nın (mtDNA) mutasyonları BB ile ilişkilendirilmiştir (48,49). Bazı meta analizler düşük BDNF seviyeleri ile BB' nin ortaya çıkışı arasında bir korelasyon olabileceğini göstermiştir (50). BB'de dopamin hipotezine göre manide artmış dopaminerjik iletimin rolü ve depresyonda bunun tersinin olabileceği ifade edilmiştir (51,52). Glutamat ve GABA sistemleri, majör depresyon ve BB'nin monoaminerjik nörotransmitter sistemi ile ilişkilendirilmiştir (53). BB'de asetilkolin M2 reseptörü bağlanması azaldığı tespit edilmiştir (54). IL-4, TNF-a, IL-2 reseptörü, IL-1b, IL-6, TNF-alfa tip 1 ve C-reaktif proteinin (CRP) serum seviyeleri BB hastalarında sağlıklı kontrollere göre arttığı saptanmıştır (55,56). Daha önce tartışılan sitokin çalışmaları, spesifik ruh hali durumlarıyla (örn. ötimik, depresif veya manik) ilişkili olarak sitokin düzeylerine odaklanmıştır. Son zamanlarda, BB' de sitokin düzeyleri ve bilişsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiye de ilgi artmıştır (57). BB özellikle manik epizodda olmak üzere hipotalamo-hipofizer-adrenal aks (HHA) hiperaktivitesi ile ilişkili bulunmuştur (39). Bir çalışma hamilelik sırasında maternal sigara içilmesine bağlı olarak BB riskinin arttığını göstermiştir (58). Çocukluk travması ile bipolar bozukluğun başlangıcı ve seyri arasındaki ilişki olduğu görülmüştür (59,60). Düşük sosyal destekli hastalarda nüks oranı daha yüksektir (61).

2.1.4. Tanımlama ve Sınıflandırma

Bipolar bozukluk, döngüsel olarak ortaya çıkan mani veya hipomani ve depresyon ataklarından oluşan duygudurum semptomları ile karakterize, sosyal ve işle ilgili işlevsellikte azalmaya sebep olabilen, tekrarlama oranı sık, yaygın ve ciddi bir zihinsel bozukluktur (47,62,63). DSM-V, duygudurumla bağlantılı zihinsel problemlerin tanısı için üç grup kriter kullanmaktadır: (I) duygudurum dönemleri, (II) duygudurum bozuklukları ve (III) geçirilen son atak ve tekrarlayan dönemleri ifade eden belirteçler (64). Duygudurum, bazen dışardan

gözlenebilen, bazen de kişinin kendisinin “üzgün, neşeli, umutsuz, eleve” gibi kelimelerle ifade ettiği yaygın hissettiği duygu halidir (31). Duygudurum dönemi kişinin hissettiği duyguların her zamanki şeklinden daha abartılı olması ve bu durumun düşünce ve davranışlarında gözlendiği zaman aralığını ifade eder. Duygudurum Bozukluğu ise olağandışı duygudurumun neden olduğu bir hastalık hali olarak tanımlanır (65). Tanısal sınıflandırmada DSM-V, “Bipolar ve İlişkili Bozukluklar” ile depresif bozuklukları farklı bölümlerde ele almıştır. ”Bipolar ve İlişkili Bozukluklar” kategorisinde: (I) Bipolar Bozukluk tip I, (II) Bipolar Bozukluk tip II, (III) Siklotimik Bozukluk, (IV) maddenin/ilacın yol açtığı bipolar ve ilişkili bozukluk, (V) başka bir sağlık durumuna bağlı bipolar ve ilişkili bozukluk, (VI) tanımlanmış diğer bipolar ve ilişkili bozukluk, (VII) tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk (66). BB tip I tanısı koyabilmek için bir mani dönemi olması gereklidir. BB tip I genel tanımıyla hastalık seyri süresince tekrarlayan mani dönemleri ve ya mani, hipomani ve depresyon dönemleri şeklinde seyredebilse bile tek bir mani dönemi olduğunda, bu dönemin ilk mani dönemi olması halinde DSM-V tanı ölçütlerini karşılamaktadır (20,31). BB tip II tekrar eden depresyon dönemleri arasında ara ara olan hipomani dönemi varlığıdır (20). Siklotimi, net bir mani/hipomani ve ya depresyon dönemi tanı kriterlerini karşılamayan, olağan duygudurumun altında ve ya üstünde seyreden ve aralarda gelişen belirtisiz dönemlerin iki ayı geçmediği, en az iki yıl devam eden bir tablodur (20,67). BB’de bir kişide hem manik, hem de depresif bulguların aynı dönemde görülmesi “karma dönem ”olarak adlandırılır (68). DSM-IV ten farklı olarak DSM-V’ te “karma dönem” tanımı yerine mani ve depresyon dönemlerinin kendi içlerinde yer alan “karma özellikli” ifadesi getirilmiştir. “Karma özellikli” kavramı her iki dönemin de diğer döneme ait en az üç belirtiyi bulundurması şeklinde tanımlanmıştır (20,66).

Bir yıl boyunca en az dört kez tekrar eden duygudurum dönemi varlığı ise hızlı döngülülük olarak tanımlanmıştır (20).

2.1.5. Tanısal Özellikler

DSM-V Bipolar Bozukluk I için bir mani döneminin varlığınının şart olduğunu belirtse de International Statistical Classification of Diseases (ICD-10) bir dönemin mani olması koşuluyla en az iki duygudurum dönemini kabul etmektedir (20). DSM-V ölçütleri aşağıda sıralanmıştır:

Mani dönemi:

A. Olağandışı ve süregelen yükselmiş (eleve), coşkulu ya da irritabl bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve enerjide olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu belirgin bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması

B. Duygudurum bozukluğunun ve enerji ya da etkinlikte artmanın olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum sadece irritabl ise dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da grandiyozite
2. Uyku gereksiniminde azalma
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşabilmek için zorlama
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarıştığı gibi öznel bir yaşantı
5. Dikkatin çelinebilirliği (kişinin dikkati önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyaranla kolaylıkla dağılır) olduğunun bildirilmesi ya da gözlenmesi
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (sosyal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel olarak) ya da psikomotor ajitasyon (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik)
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere çok ve aşırı katılma (örn; aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel etkinlikte bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma)

C. Duygudurum düzensizliği, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir bozulmaya neden olacak kadar ya da kişinin kendisine ya da başkalarına zarar vermemesi için hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ağırdır ya da psikotik özellikler vardır.

D. Bu dönem, bir maddenin (örn; kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn; ilaç tedavisi, elektrokonvülsif tedavi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir manik dönem, bipolar I bozukluk için yeterli bir kanıttır.

Not: A' dan D' ye kadar olan tanı ölçütleri bir manik dönemi oluşturur. Bipolar I bozukluğu tanısı konulabilmesi için yaşam boyu en az bir kez manik dönem geçirilmiş olması gerekir.

Hipomani Dönemi:

A. Olağandışı ve süregelen yükselmiş (eleve), coşkulu ya da irritabl bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve enerjide olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu belirgin bir dönemin, en az birbirini izleyen 4 gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması

B. Duygudurum bozukluğunun ve enerji ya da etkinlikte artmanın olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum sadece irritabl ise dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da grandiyozite
2. Uyku gereksiniminde azalma
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşabilmek için zorlama
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarıştığı gibi öznel bir yaşantı
5. Dikkatin çelinebilirliği (kişinin dikkati önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyaranla kolaylıkla dağılır) olduğunun bildirilmesi ya da gözlenmesi
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (sosyal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel olarak) ya da psikomotor ajitasyon (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik)
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere çok ve aşırı katılma (örn; aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel etkinlikte bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma)

C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha farklı, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir bozulmaya neden olacak kadar ya da hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ağır değildir. Psikotik özellikler varsa, söz konusu dönem, tanım olarak manik dönemdir.

F. Bu dönem, bir maddenin (örn; kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn; ilaç tedavisi, elektrokonvülsif tedavi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir hipomanik dönem, bir hipomanik dönem tanısı için yeterli bir kanıttır. Ancak bir ya da iki belirti (özellikle antidepresan kullanımından sonra ortaya çıkan iritabilite, gerginlik ya da ajitasyon belirtileri) bir hipomani dönemi tanısı için ne yeterli sayılmalı ne de bipolar bozukluğa yatkınlığın bir göstergesi olarak görülmelidir.

Not: A' dan F' ye kadar olan tanı ölçütleri bir hipomanik dönemi oluşturur. Bipolar I bozukluğunda hipomanik dönemler sık görülür, ancak bipolar I bozukluk tanısı konulabilmesi için hipomanik dönemlerin olması gerekli değildir.

Yeğin (Major) Depresyon Dönemi:

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi mevcuttur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi- istek kaybı ya da zevk almamadır.

1. Kişinin öznel olarak bildirdiği veya başkalarınca gözlenen, günün çoğunda, neredeyse her gün olan depresif duygudurumun bulunması
2. Neredeyse her gün, günün çoğunda tüm veya neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da etkinliklerden zevk alamama olması
3. Çok kilo verme veya kilo alma ya da neredeyse her gün, iştahta azalma ya da artma
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk ya da fazla uyuma
5. Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
6. Neredeyse her gün, yorgunluk ya da enerji azalması
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da suçluluk duyguları
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da konsantre olmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama

B. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Bipolar Bozukluk tip I veya II'de (özellikle BB tip II de) depresif belirtilerin sıklığının hipomanik veya manik semptomlardan daha yüksek olması bu bozuklukların unipolar depresyondan ayırıcı tanısının yapılmasında güçlük yaşanmasına sebep olmaktadır (69,70).

2.1.6. Klinik Seyir

Bipolar Bozukluk tanısı olan kişiler arasında yeterli düzeyde tedavi edilseler bile tekrarlama sıklığı yaygın olmakla beraber sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmayla gitmektedir (62,63). Yaşam boyu % 20'ye varan intihar oranından bahsedilmektedir (62). Hastalığın erken başlangıçlı olması olumsuz prognozla ilişkilendirilmiştir (71,72). Depresif atak geçirmekte olan BB hastalarının sadece % 20'sine tedavinin ilk yıllarında BB tanısı konmuştur ve hastalık başlangıcı ile tanı konulması arasında geçen ortalama süre 5-10 yıldır (73,74). BB tanısı alan bireylerin yeterli tedaviye rağmen % 37'si takip eden bir yıl içerisinde, % 60'ı ise iki yıl içinde yeni bir duygudurum dönemi geçirmektedir (36). Geniş ölçekli yapılan bir Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) çalışmasında BB bozuklukta tekrarlamanın en güçlü öngörücülerinden biri ara dönemde rezidüel belirti olması ve eşlik eden başka bir ruhsal hastalık olmasıdır (43). Unipolar depresyon tanısı olan hastaların ortalama 11 yıl içinde % 9 oranında BB tip II'ye dönüştüğü ve 5 yıllık bir sürede ise % 20 oranında manik veya hipomanik atak geliştiği bildirilmiştir (75,76). BB'ye ek tanı eşlik etmesi yaygın olmakla beraber en sık anksiyete bozukluğu eşlik etmektedir (20). BB ile beraber ortaya çıkan anksiyete bozukluğu kötü prognozla ilişkilendirilmiştir (77). Çalışmalar, depresif atakların baskın olmasının kadın olma ve evlenme gibi sosyodemografik özelliklerle daha yakından ilişkili olduğunu göstermiştir (74). Depresif atakları baskın hastalarda melankolik özellikler ve karma ataklar daha sık gözlenmiştir. Hastalarda daha fazla manik atak, daha fazla psikotik semptom ve daha fazla hastaneye yatış ile ilişkiliydi (78,79). Bilişsel bozukluk baskın olarak manik hastalarda daha sık görülüyordu (80). İlk epizodun manik olması, manik epizodların baskın olması, psikotik semptomlar ve bağımlılık eş tanısı öyküsü ötimik bipolar hastalarda düşük işlevsellik ile ilişkiliydi. Son epizodda psikotik semptomların varlığı düşük işlevselliğe sahip hastalarda iki kat daha sık gözlenmişti (81). İlk hastane başvurusunda BB tanısı olan hastalar arasında mutlak intihar riskinin 18 yıllık izlem süresi boyunca erkekler için % 8, kadınlar için % 5 olduğu ve bunun standart mortalite oranı olduğu bulunmuştur (82). Genel popülasyona göre BB intihar ölümlerinin 10-30 kat olduğu bildirilmiştir (83). Birinci derece ailede intihar öyküsünün BB'deki intihar ölümleriyle en güçlü ilişkisi olduğu bulunmuştur (84). BB tüm psikiyatrik

hastalıklar arasında en yüksek intihar oranı ile ilişkilidir. BB tip I'li hastalar arasında intihar girişimi oranı % 25 olduğu ve bu hastaların % 15'inin başarılı olduğu düşünülmektedir (85).

2.2. CİNSELLİK

2.2.1. Tanım ve Tarihçe

Cinsellik, insanlığın varoluşundan bu yana her zaman ilgi çeken bir konu olmuştur (20,31). Cinsellik, biyopsikososyal bir varlık olan insanın anatomik özellikleri, kişilik özellikleri, yaşadığı çevre, içinde yer aldığı kültür, dini inanışlar, ahlaki tutumlar ve ekonomik özellikleri çerçevesinde gelişen karmaşık bir kavramdır (86,87). Cinsellik sadece cinsel organlarla sınırlı tututabilecek bedensel bir kavramdan öte bireyin toplumsal, ruhsal, duygusal gelişimine katkı sağlayan ve kişiler arası iletişimini arttıran bir durumdur (88). Cinsel sağlık için sadece hastalık olmaması değil, ruhsal, toplumsal ve zihinsel olarak genel bir iyilik halinden bahsetmek gerekir (89). İnsanlık tarihinin başından itibaren cinsellik bir yandan çok merak edilen diğer yandan da konuşulması yasaklanan, bazı zamanlar övünülen bazı zamanlarda utanılarak dile getirilmesi zor bir durum olmuştur (86). 19. yüzyılın başlarında psikiyatrinin öncülerinden olan Havelock Ellis, Richard Krafft-Ebing, Sigmund Freud'un cinsellik üzerine çalışmaları olmuştur. Gelişmiş toplumlarda dahi 20. yüzyılın başlarına kadar cinsellik konusunda kısıtlamalar nedeniyle çok ilerleme sağlanamamıştır (90). Freud haz veren tüm dürtü ve eylemlerin cinsel kaynaklı olduğunu savunmuştur ve psikoseksüel gelişim basamaklarını tanımlaması kabul görmüştür (31). 20. yüzyılın başından sonra cinsellikle ilgili konular daha geniş bir görüşle ele alınmaya başlansa da bilimsel çalışmalar açısından 1960 yılı sonrasında hızlanmıştır (20). 1950'li yıllarda Kinsey ve arkadaşlarının erkek ve kadın cinsel davranışları üzerine yaptıkları çalışmalar o dönemin en geniş çaplı araştırması olmuştur (20). Masters ve Johnson 1966'da cinsel fizyoloji üzerine, 1970'de cinsel tedavi üzerine yaptıkları çalışmalarla cinselliğin yalnızca sosyal olarak değil biyolojik açıdan da ele alınabilir olduğunu sağlamıştır. Sonrasında derleyip yayınladıkları bu çalışmalar cinsel fizyolojinin güncel temellerini oluşturmuştur (91,92).

2.2.2. Cinsel Fizyoloji ve Cinsel Yanıt Döngüsü

Master ve Johnson cinsel uyarana verilen yanıtı uyarılma, plato, orgazm ve çözülme şeklinde dört aşamalı olarak tanımlamıştır. Helen Singer Kaplan cinsel isteğin cinsel yanıt döngüsünü başlatan faktör olduğuna dikkat çekmiş ve cinsel yanıtın, istek, uyarılma ve orgazm evrelerinden oluştuğunu öne sürmüştür (91,93). Basson' un sunduğu döngüsel

modelde ise cinsel isteğin her zaman cinsel yanıtın uyarıcı olmadığı, evreler arasında geçişin her zaman düzenli sırayla olmadığı, kişiden kişiye değişebildiği ortaya koyulmuştur. Bu modele göre cinsel yanıt döngüsünün başlaması için kendiliğinden oluşan cinsel isteğin şart olmadığı, bazen cinsel uyarıcının da cinsel istek oluşturabileceği ifade edilmiştir (94).

Cinsel işlevlerin santral sinir sisteminde serebral korteks, orbitofrontal korteks, hipokampus, medial preoptik sistem ve limbik sistemle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Dopaminerjik yolağın cinsel istek ve uyarılmayı arttırdığı, serotoninin ise azalttığı ifade edilirken androjenlerin sadece erkeklerde değil kadınlar da cinsel istek oluşmasında etkili olduğu vurgulanmıştır (31,92).

Cinsel Yanıt Döngüsü

Uyarılma Evresi: Herhangi bir dış etkene bağlı olan bedensel ve ya ruhsal uyarı nedeniyle fizyolojik değişikliklerin olduğu ilk evredir. Erkeklerde penil ereksiyon, skrotal deride gerilme, testislerin yükselmesi gözlenir. Kadında ise meme uçlarında sertleşme ve memede büyüme, klitoriste kızarıklık ve kabarıklık gibi belirtiler gözlenir. Ortaya çıkan tepkinin şiddeti ve hızı uyarıcının yoğunluğu ve süresine göre değişebilir (31,92).

Plato Evresi: Yeterli cinsel uyarılma ve artan cinsel heyecanla beraber uyarı evresinin devamı olarak ortaya çıkar. Haz duygusu ve cinsel gerginliğin artışı ile beraber kan basıncı, kalp hızı, solunum sayısında artış ta eşlik etmeye başlar ve bu yükselme orgazma kadar plato çizerek sürer (86).

Orgazm: En kısa süren fakat hazzın en yoğun yaşandığı evredir. Orgazm esnasında erkeklerde ritmik kontraksiyonlarla beraber ejakülasyon olurken kadında vajina 1/3'lük dış kısmında ritmik kasılmalar oluşur. İstemli kas kontrolünde kaybolma, solunum ve kan basıncında artış devam eder, 3-15 saniye civarında sürer (31,86). Masters ve Johnson erkeklerde ejakülasyon için iki evreden söz etmiştir. Birincisi prostatta biriken ejakülatın neden olduğu ve boşalmanın engellenemez olduğunun hissedildiği emisyon evresidir. İkincisi ise noradrenerjik uyarıyla oluşan orgazm hissinin birlikteliğiyle bulbokavernöz kasların ritmik kasılmalarıyla oluşan ejakülasyon evresidir. Ejakülasyonun başında oldukça güçlü ve sık aralıklarla olan bu kasılmaların şiddeti ve aralık süresi zamanla uzar (84,86).

Çözülme: Dinlenme haline geçiş evresi olan çözülme evresinde erkek ve kadında orgazmın ardından ve ya orgazm oluşmamışsa platonun ardından vücutta oluşan fizyolojik değişimler aynı sıra ile kaybolur. Orgazmın olup olmadığına, orgazmın yoğunluğuna, cinsel uyarının devam etme durumuna ve cinsiyete göre bu evrenin süresi değişir. Bu evrede tekrar cinsel uyarı olursa kadınlarda yine orgazm meydana gelebilirken erkeklerin ise refrakter döneme girmeleri nedeni ile refrakter dönem bitimine kadar tekrar ereksiyon sağlamaları ve ya orgazm aşamasına dönmeleri fizyolojik açıdan olanaksızdır (31,86).

2.2.3. Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel yanıt döngüsünde herhangi bir aşamada ya da birden fazla aşamada bozukluk oluşması ya da cinsel ilişki esnasında oluşan ağrı nedeni ile rahatsızlık hissedilmesi CİB olarak tanımlanabilir (31).DSM-V'te cinsel işlev bozuklukları ile ilgili bazı değişiklikler yapılmıştır. Basit lineer cinsel yanıtı dayalı sınıflandırmalara son verilerek erkek ve kadınlar için ayrı ayrı tanısall sınıflandırmalar yapılmıştır (95). Cinsel işlev bozuklukları yaşam boyu ya da edinsel ve ya yaygın ya da durumsal şeklinde farklı gruplara ayrılabilir (31).

Birey cinsel olarak işlevsel olduğundan itibaren varsa yaşam boyu, olağan bir cinsellikten sonra gelişmişse edinsel olarak tanımlanabilir. Belirli tip uyarılar ya da cinsel partnerlerle oluşan cinsel işlev bozukluğu için durumsal, sadece belirli durumları kapsamayan cinsel işlev bozukluğu için yaygın kelimesi kullanılabilir (96). DSM-V'te her bir bozukluk için ayrı ayrı getirilen şiddet kriterleri ise ağır olmayan, orta derecede ve ağır şeklinde gruplandırılmıştır (66).

2.2.3.1. Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu:

DSM V ölçütlerine göre süregelen ve yineleyen şekilde cinsel düşünce ve ya aktivite isteğinin en az altı ay süresince çok az olması ya da olmaması, bu durumun hayatındaki genel olayların etkilerinden dışlanması ve kişide rahatsızlığa yol açması durumudur. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz (66). Bu bozukluk yalnızca belirli durumlarda oluşabileceği gibi bütün hayata yayılabilir. Örneğin kişinin eşiyile olan cinsel aktiviteye karşı bir arzusu olmazken özdoyum yapabilir ve ya erotik film seyredebilir. Genel olarak cinsel aktiviteyi başlatan taraf olmayıp eşinin başlatması üzerine isteksizce eşlik ederler. Düşük cinsel istek ikincil olarak uyarılma ya da boşalma güçlüklerine

yol açabilir. (86). Erkeklerde toplumsal ve kültürel baskılar nedeni ile azalmış cinsel istekten bahsetme olasılığının düşük olması ve bu konuda yeteri kadar araştırma olmaması yaygınlığın belirlenmesini zorlaştırmıştır. Yapılan bir çalışmada 18 ila 59 yaşları arasındaki erkeklerde % 13 ila % 17 arasında azalmış cinsel istek sıklığının yaşla beraber arttığı gösterilmiştir (97). Azalmış cinsel isteğin birden fazla nedeni olabilir ve tanıyı koymanın anahtarı kapsamlı bir öykü almaktır (98). Yaşamsal stresörler, psikiyatrik rahatsızlıklar, ilişkide olan çatışmalar, eşe karşı ilgi kaybı, eşcinsellik, parafili, medikal tedaviler gibi birçok faktörü etiolojide sayabiliriz (86,97,99).

2.2.3.2. Erkeklerde Sertleşme Bozukluğu:

Erkeklerde cinsel aktivite esnasında sürekli ve ya tekrarlayan şekilde yeterli sertleşmenin olmaması ve cinsel aktivitenin devamı için sertleşmenin sürdürülmesinde yetersizlik olarak tanımlanır. 40 yaşın altı erkeklerde sertleşme bozukluğu sıklığı % 1-10 arasında 40 ila 49 yaş aralığında % 2-9 ve hatta % 15'e kadar çıkabilen oranlarda, 40-70 yaş arasında % 52 civarında bir sıklıktadır. Yaşa bağlı olarak arttığı bilinmekle birlikte yapılan bir çalışmada 70 yaş civarında olan erkeklerin sadece % 32 kadar bir kısmı sertleşme bozukluğu bildirmemiştir (100,101).

DSM-V kriterlerine göre hemen her cinsel etkinlikte (yaklaşık % 75-100) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda), cinsel etkinlik sırasında sertleşme sağlamada belirgin güçlük çekme, cinsel etkinliği sürdürürene dek, sertlik düzeyinde belirgin azalma belirtilerinden birinin en az 6 aydır kişide klinik olarak sıkıntıya yol açacak düzeyde olması gerekmektedir. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz. Bu durum cinsel açıdan aktif olunan ilk yaşlardan bu yana varsa yaşam boyu, sadece belli durumlarda oluşuyorsa durumsal olarak isimlendirilir (66). Sabah sertliği, özdoyurum ve ya ön sevişmede sertlik sağlanabiliyorken ya da eşi haricinde farklı bir partnerle sertlik sağlanabiliyorken eş ile sağlanamıyorsa durumsal sertleşme bozukluğundan bahsedebiliriz (86).

Penil erektile dokunun vasküler veya nöral yapısına zarar veren herhangi bir durum sertleşme bozukluğuna neden olabilir. Vasküler nedenler arasında hipertansiyon, serebrovasküler hastalık, koroner arter hastalığı ve konjestif kalp yetmezliği bulunur.

Sertleşme bozukluğuna yol açan nörolojik nedenlerden bazıları ise omurilik yaralanması, disk hernisi, Parkinson hastalığı ve multipl skleroz'dur. Diyabetes mellitus tanısı olan erkeklerde diyabetin vasküler ve otonomik fonksiyon üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle sertleşme bozukluğu yaygın bir şikayettir (102,103).

Sertleşme bozukluğu etiyolojisi arasında organik nedenler olabileceği gibi eşlik eden psikolojik faktörler de bulunabilir. Bu faktörler arasında yetersiz cinsel bilgilenme, yetişme koşulları, cinsel yönelimle ilgili problemler, performans endişesi, ilk cinsel birleşme deneyimi, cinsel eş ile ilgili sorunlar, depresyon, anksiyete bozuklukları bazılarıdır (86).

2.2.3.3. Erken Boşalma:

Erken boşalma erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğudur ve genel yaygınlık % 20-40 arasında tahmin edilmektedir (104,105). Erken boşalma tanısı hiçbir tanısal test olmadığından bu oranlar tamamen kişilerin kendi söylemlerine bağlıdır (106).

DSM-V te belirlenen kriterlere göre en az 6 aydır, eşli cinsel aktivitenin hemen hemen hepsinde (yaklaşık % 75-100) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda), tekrar eden ve ya sürekli biçimde vajinaya girişten yaklaşık 1 dakika içerisinde bireyin istediği andan önce boşalma olmasıdır. Vajinayı içermeyen cinsel aktiviteler için bir süre kriteri belirlenmemiştir. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz. Bu belirtiler cinsel olarak aktif olduğu ilk zamanlardan itibaren var ise yaşam boyu, normal bir cinsel işlevsellik evresinden sonra başlamışsa edinsel, sadece belli durumlar ve ya partnerle oluşuyorsa durumsal, herhangi bir durum ya da partnerle sınırlı şekilde oluşmuyorsa yaşam boyu şeklinde adlandırılır. Bu belirtilerin kişide klinik açıdan sıkıntı yaratacak düzeyde olması gerekmektedir (66). Edinsel tip erken boşalma olan hastalarda daha ileri yaş, daha fazla ek hastalık varlığı ve daha şiddetli şikayet varlığı eşlik etmektedir (107). Erken boşalmanın etiyolojisinde organik ve ya psikolojik bir çok etken bulunmasına rağmen en önemlisi kişinin boşalma denetimini bilmemesidir (86,104).

2.2.3.4. Geç Boşalma:

Olağan bir cinsel aktivitenin ardından ejakülasyonun olmaması ve ya orgazmın sağlanamaması olarak tanımlanan geç boşalma cinsel işlev bozukluklarının % 1 gibi bir oranla en az sıklıkta görülenidir (108).

DSM-V ölçütlerine göre hemen hemen her eşli cinsel etkinlikte (yaklaşık % 75-100) , belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda, kişinin isteği dışında boşalmada belirgin gecikme ve ya belirgin boşalma seyrekliği ya da yokluğu şikayetlerinden birinin, en az 6 aydır olması ve bu belirtilerin kişide klinik açıdan sıkıntıya neden olmasıdır. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz (66).

2.2.3.5. Kadında Cinsel İlgil/Uyarılma Bozukluğu:

DSM-V kriterlerinde, daha önce farklı başlıklarda yer alan kadın hipoaktif istek bozukluğu ve kadın uyarılma bozukluğu tanıları, cinsel ilgi / uyarılma bozukluğu adı verilen tek bir başlıkta birleştirilmiştir (109).

DSM -V kriterlerine göre cinsel aktiviteye karşı azalmış ilgi ve ya hiç ilgi olmaması, cinsel içerikli fantezi ya da düşünce olmaması ve ya çok az olması, cinsel uyarana karşılık vermeme ve ya sınırlı duyarlılık, herhangi bir cinsel uyarana yanıt vermeme ve ya çok az yanıt verme, neredeyse tüm cinsel aktiviteler sırasında (% 75-100) keyif alma/coşku halini yaşayamama, çoğu cinsel ilişki esnasında (% 75-100) cinsel organlar ve ya herhangi bir bölge de duyumun azalması ya da hiç olmaması, cinsel aktivitenin başlatılması konusunda girişimde bulunmama, çok az girişimde bulunma ve ya partnerin başlatma girişimine karşılık vermeme belirtilerinden en az üçünün, en az 6 aydır, bireye klinik anlamda rahatsızlık verecek derecede sürmesi halidir. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz (66). Cinsel istek/uyarılma bozukluğu kadınlarda en sık görülen CİB olmakla beraber sıklığı yaş, belirtilerin sıkıntıya yol açıp açmaması ve süresi, kültürel özellikler gibi değişkenler ile değerlendirildiğinde farklılık göstermektedir (86).

Cinsel istek azalmasının birden çok nedeninden bahsedilebilmekle beraber ergenlikten itibaren bir cinsel istek azalması varsa birincil, sonradan gelişen bir durumsa ikincil olarak tanımlanabilir. Çocukluktan itibaren cinsellikle ilgili yasaklanan ve bastırılan dürtüler, cinsellikle ilgili aşıl原因 suçluluk duyguları kişilerin gittikçe kendi bedenlerine ötekileşmelerine ve duyularının farkına varmalarında azalma ve kaybolmaya yol açabilir ki bu durum birincil cinsel istek azalmasının sebebidir (92). İkincil sebeplerde ise hamilelik, emzirme, menopozal durumlar, ilişki sorunları, uyku sorunları, stres, depresyon, kullanılan antidepresan ve ya antipsikotik ilaçlar gibi etkenleri sayılabilir (109).

2.2.3.6. Kadında Orgazm Bozukluğu:

Orgazm, cinsel aktivite sırasında bazı fizyolojik reaksiyonlara ve memnuniyet duygusuna yol açan yoğun bir zevk alma hissi olarak tanımlanır. Tipik olarak değişen bir bilinç durumu, pelvik ve vajinal kasların istemsiz ritmik kasılmaları, uterus ve anal bölgede kasılmalar, cinsel organlarda oluşan vazokonjesyonun azalmasının ardından gerginliğin yerini pozitif duyguların alması ile sonlanır. Kadınların klitoral ve vajinal uyarımla orgazma ulaşması yaygın şekilde bildirilirken, meme / meme ucu uyarısı, zihinsel görüntüler, fantezi ve hipnoz gibi yöntemlerle de ulaşabildikleri ifade edilmiştir (59,110).

DSM-V kriterlerine göre en az 6 aydır hemen hemen tüm cinsel aktiviteler sırasında (yaklaşık % 75-100), (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda) orgazmda belirgin gecikme, belirgin şekilde seyrek olması ve ya hiç olmaması ya da orgazm duyumunun yoğunluğunda azalma durumlarından birinin olması ve kişinin bu durumdan belirgin rahatsızlık hissetmesi halidir. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz (66).

Kadında orgazm bozukluğu yaygınlığı yaşa göre ve kişilerin rahatsızlıklarını ve bunun şiddetini dikkate getirmelerine göre değişmektedir (111). Kadın orgazm bozukluğu etiyolojisine bakıldığında orgazm hissinin bilinmediği, yaşam boyunca hiç orgazm olunmayan durumlar için birincil orgazm bozukluğundan söz edilir. Geçmişte orgazm olabilmış fakat sonradan gelişen durumlar için ikincil orgazm bozukluğundan bahsedilebilir. Sekonder orgazm bozukluğuna sebep olan faktörler arasında ilişkisel sorunlar, dini veya kültürel inançlar, beden imajında bozulmalar gibi psikososyal nedenler, multipl skleroz gibi nörolojik hastalıklar,

depresyon gibi ruhsal sorunlar, seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) kullanımı başta olmak üzere bazı antidepresanlar sayılabilir (109).

2.2.3.7. Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu:

DSM-V kriterlerinde, disparoni ve vajinismus başlıkları genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu adı verilen yeni bir başlık altında birleştirilmiştir.

DSM -V kriterlerine göre en az 6 aydır sürekli ve ya tekrarlayan biçimde birleşme sırasında vajinaya girme, vajinaya girme ya da girişim esnasında vulvovajinal ve ya pelvik bölgede belirgin ağrı duyma, vajinal giriş eyleminin gerçekleşeceği beklenirken vajinal giriş esnasında olabilecek vulvovajinal ve ya pelvik ağrı konusunda kaygı ve korku duyulması ya da vajinal girişle ilgili bir girişim sırasında pelvik kasların belirgin şekilde kasılması durumlarından en az bir ve ya daha fazlasında güçlük yaşama ve bu belirtilerin kişide belirgin rahatsızlık oluşturması halidir. Bu cinsel işlev bozukluğu, cinsel kökenli olmayan bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğundan ya da gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz (112). Vajinismus ülkemizde kadınlar arasında cinsel işlev bozuklukları açısından en sık başvuru sebebi olmakla beraber %17 gibi bir oranla batı toplumlarına nazaran daha sık görülmektedir (113). Vajinismus olan kadınların cinsellik hakkında olumsuz bilişler ve inançlar bildirdiği, erotik filmler ve diğer erotik malzemeler gibi cinsel uyaranlara kaçınma tepkisi verdiği bildirilmiştir (114). Genital pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu ile ilgili tek bir etiyoloji bulunmamakla beraber içinde bulunulan toplum, yetersiz cinsel bilgilenme, “bekaret” kavramının korunması ile ilgili görüşler sosyokültürel bozukluğun temellerini oluşturur (115). Bunun yanında anatomik, atrofik ve enfeksiyöz sebepleri de unutmamak gerekir (116).

2.2.3.8. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu:

Bu tanıdan bahsedebilmek için madde ve ya ilaca maruziyetin başlamasını takiben ya da madde ve ya ilacın doz artımının ardından ya da madde ve ya ilacın kullanılmasının aniden bırakılmasının ardından cinsel işlev bozukluğunun başlaması gerekmektedir. Keyif verici maddeler düşük dozlarda kaygıyı azaltarak geçici bir duygulanım yükselmesi ve cinsel performans artışı yaparlar. Devamlı kullanımda ise ereksiyon, ejakülasyon ve orgazm sorunlarına yol açabilirler. Alkol erkekte sertleşme bozukluğu, opioid ise cinsel isteksizlik ve sertleşmede yetersizlik yapabilmektedir (31).

DSM-V Tanı Ölçütleri:

A. Klinik görünümüne, klinik açıdan belirgin bir cinsel işlev bozukluğu egemendir.

B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar (1) ve (2)'nin varlığını gösterir:

1. A tanı ölçütündeki belirtiler, madde esrikliği (entoksikasyonu) ya da yoksunluğu sırasında ya da az bir zaman sonrasında ya da bir ilaç aldıktan sonra gelişmiştir.

2. Söz konusu madde/ilaç, A tanı ölçütündeki belirtileri ortaya çıkarabilir.

C. Bu bozukluk maddenin/ilacın yol açmadığı bir cinsel işlev bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz.

Ayrı bir cinsel işlev bozukluğu olduğunun kanıtları şunlar olabilir;

Belirtiler, madde/ilaç kullanımından önce de vardır, belirtiler, akut yoksunluğun ya da ağır esrikliğin bitmesinden sonra önemli bir süre (örn. Yaklaşık bir ay) kalıcı olmuştur ya da ayrı bir maddenin/ilacın yol açmadığı cinsel işlev bozukluğunun başka kanıtları vardır. (örn. maddenin/ilacın yol açmadığı yineleyici dönemlerin olduğuna ilişkin bir öykü.

D. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

Not: Madde esrikliği ya da madde yoksunluğu yerine bu tanının konabilmesi için klinik görünümde

A tanı ölçütündeki belirtilerin daha baskın olması ve bunların klinik açıdan ele almayı gerektirecek kadar ağır olması gerekir.

Varsa belirtiniz;

Esriklik (entoksikasyon) sırasında başlayan:

Maddeyle esriklik için tanı ölçütleri karşılanıyorsa ve belirtiler esriklik sırasında gelişmişse bu belirleyici kullanılır.

Yoksunluk sırasında başlayan: Maddeden yoksunluk için tanı ölçütleri karşılanıyorsa ve belirtiler yoksunluk sırasında ya da kısa bir zaman sonra gelişmişse bu belirleyici kullanılır.

İlaç kullanımından sonra başlayan: Belirtiler, ya ilaca başlanmasıyla ya da ilaç kullanımında bir değişikliğe gidilmesinden sonra ortaya çıkabilir.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Cinsel etkinliklerin % 25-50'sinde ortaya çıkar.

Orta derecede: Cinsel etkinliklerin % 50-75'inde ortaya çıkar.

Ağır: Cinsel etkinliklerin % 75'inde ya da daha çoğunda ortaya çıkar

2.2.3.9. Diğer Tanımlanmış ve Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu:

Klinik anlamda bireyde sıkıntı oluşturan, cinsel, mesleki ve toplumsal işlevselliği etkileyen, CİB belirtileri özelliklerinin baskın olduğu fakat CİB tanı kategorilerinden herhangi birini karşılamayan durumlar için bu kategorilere yer verilmiştir. Tanı kriterlerini net karşılamamanın özel nedeni klinisyen tarafından yazılarak belirtilirse diğer tanımlanmış, belirtilmezse tanımlanmamış olarak ifade edilir (66).

2.2.4. Bipolar Bozukluk ve Cinsellik:

Zihinsel bozuklukların çoğu geç ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde başlamakta ve ergenlik sonrasında ortaya çıkış hızı artmaktadır. Bu zamanlama ise cinsel kimliğin gelişimi ve yetişkin cinsel rolüne geçiş ile çakışmaktadır (9).

Bipolar bozuklukta duygudurum dönemlerinin özellikleri doğrultusunda cinsel işlev bozuklukları görülebilir. Örneğin manik veya hipomanik ataklarda genellikle cinsel istek ve riskli cinsel davranışlarda artış gözlenebilirken depresif dönemlerde ise cinsel istekte azalma ve cinsel memnuniyetsizlik yaygındır (12,117). Cinsel işlev bozukluğu, remisyonda bipolar hastalarda sık bir rezidüel semptom olmakla beraber rezidüel depresif belirtilere kıyasla yaşam kalitesi üzerinde daha olumsuz etkiye sahiptir (118).

Cinsel istek, heyecan ve orgazm dahil olmak üzere cinsel yanıt döngüsünün her üç evresinde görülen cinsel işlev bozukluğu kontrollere göre anlamlı derecede daha yüksektir. Bu üç evrede ortaya çıkan bozukluklar BB tanıli hastalarda yaşam boyu intihar girişimleri ile anlamlı derecede ilişkiliydi. Bipolar Bozukluklu hastalarda, cinsel partnerlerin sık sık değiştiği dönemlerin yaşam boyu varlığı ölüm düşünceleriyle anlamlı derecede ilişkili idi (119).

Bipolar Bozuklukta farmakolojik tedavi, monoterapi veya kombinasyon halinde lityum, antikonvülzanlar, antipsikotikler, antidepresanlar ve benzodiazepinlerin kullanımını içerir. Cinsel işlev bozukluğu, bu ilaçların en yaygın yan etkilerinden biridir ve yaşam kalitesi üzerinde yüksek etkiye sahiptir. Bununla birlikte cinsel işlev bozukluğu kötü ilaç uyumunun

bir yordayıcısı olarak tanımlanmıştır. Lityum, bipolar bozuklukta ilk basamak tedavi olarak kabul edilir, ancak birkaç çalışma cinsel isteğin azalması, erektil disfonksiyon ve cinsel memnuniyetin azalması gibi cinsel işlev üzerinde olumsuz etkileri olduğunu ortaya koymuştur (11,120,121).

Lityum alan hastaların yaklaşık üçte birinde hem erkek hem de kadın hastalarda genellikle birden fazla cinsel işlev bozukluğu görülmektedir (13). Buna rağmen, lityumun BB'deki diğer tedavilere, özellikle antipsikotiklere kıyasla, cinsel işlev üzerinde daha az belirgin bir olumsuz etkiye sahip olduğu görülmektedir (122).

Antikonvülsanlar genellikle epilepsili kişilerde (hastaların % 35-55'i) CİB ile ilişkilidir, ancak bipolar bozukluğu olan hastalarda bu olumsuz etkilere dair sınırlı kanıt vardır (123,124). Valproat serum testosteron, androstenedion ve dehidroepiandrosteron sülfat (DHEAS) konsantrasyonlarında bir artışa neden olabilirken, prolaktin seviyeleri tipik olarak normal sınırlar içinde kalır (125). Androjen seviyelerindeki artış, bu ilaçla tedavi edilen kadınlarda adet bozuklukları ve polikistik over sendromu insidansı ile daha fazla ilişkilidir (126). Valproik asitin bipolar bozukluğu olan kadınlarda cinsel istekte azalma ve anorgasmi yapabildiği gösterilmiş, nedeninin ise artan serotonerjik aktiviteye ikincil geliştiği varsayılmıştır (127).

Tüm antidepresanlar için cinsel işlev bozukluğunun sıklığı % 20 ile % 80 arasında olmakla beraber SSRI ve venlafaksin kullananlarda daha sık cinsel işlev bozukluğuna rastlanmıştır. Antidepresan ilaçlara bağlı gelişen cinsel işlev bozukluğu sıklığı erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (128,129).

Hem erkek hem kadınlarda plazma testosteron düzeyi cinsel isteğin oluşmasında etkilidir. Testosteron salınımı prolaktin tarafından doğrudan inhibe edildiği için prolaktin seviyelerini arttıran antipsikotikler ve trisiklik antidepresanlar gibi ilaçlar dolaylı olarak testosteron seviyesini baskılayarak cinsel isteksizlikte rol oynarlar. Atipik antipsikotik ilaçlar ve CİB arasındaki ilişkiye kısmen prolaktin salgısını artıran hipofiz dopamin D2 reseptörlerinin antipsikotik blokajı aracılık eder, ancak yüksek prolaktin seviyeleri ile klinik semptomlar arasında doğrudan korelasyonlar kurulmamıştır. SSRI' lar özellikle boşalmayı ve kadın orgazmını geciktirebilir ve SSRI' ın neden olduğu cinsel yan etkiler doza bağımlıdır ve geri dönüşümlüdür (130).

Yüksek BMI'nın da cinsel işlev bozukluğuna katkısı olduğu bilinmektedir. Fakat obezite ile BMI arasındaki ilişki net olmamakla birlikte bazı bireyler için fiziksel görünüm ve vücut imajı hakkındaki endişeler cinsel isteği ve aktiviteyi olumsuz yönde etkileyebilir. Obezitesi olan bazı bireylerin eşlerinin önünde soyunmaya isteksiz olduklarını veya cinsel davranışlarda isteksiz olmalarını sağlayan bir vücut imajı memnuniyetsizliği yaşadıklarını gösteren çalışmalar vardır. Benzer şekilde, aşırı obezite ile ilişkili fiziksel sınırlamalar cinsel aktiviteyi hoş olmayan, zor, ağırlı ve hatta imkansız hale getirebilir (131). Obezitenin erkeklerde cinsel aktiviteyi azalttığı, erektil disfonksiyon ve cinsel isteksizlik gibi cinsel işlev bozukluklarının kilo kaybından fayda gördüğü söylenebilir (132).

Sağlıklı cinsel işlevsellik yaşam kalitesinin önemli bir bileşenidir, ancak ruhsal bozuklukları olan kişiler genellikle cinsel sorunları klinisyenlerine iletme konusunda isteksizdir ve klinisyenler sıklıkla onları sorgulamaktan kaçınırlar. Eğer kişi cinsel işlev bozukluğunun nedenini sadece ilaca bağlıyorsa, tedaviye uyum güçlüğüne yol açabilir (8).

Ruhsal hastalıklar ve birçok psikiyatrik ilaç cinsel işlev üzerine olumsuz etkide bulunabildiğinden cinsel işlev bozukluğunu değerlendirmek ve yaşam kalitesini korumak, duygusal deneyimleri sürdürmek, eş ilişkilerini sürdürmek amacıyla tüm hastalarda önceki ve şimdiki cinsel yaşam hakkında sistematik araştırmalara ihtiyaç vardır. Daha az cinsel yan etkisi olan tedaviler, cinsel yaşamı sürdürmek isteyen ruhsal hastalığı olan kişilerde ilk seçenek olarak düşünülmelidir. Tedaviden kaynaklanan yan etkileri yeterince yönetmek, uyumu kolaylaştırmak ve mümkün olan en iyi sonuçları elde etmek için çok önemlidir (133).

2.3. BEDEN ALGISI

Beden algısı, bireylerin bedenlerinin gerçekte nasıl görüldüğünden bağımsız olarak kendi bedenleri ile ilgili düşüncelerini, duygularını, değerlendirmelerini ve davranışlarını içeren karmaşık bir yapıdır (134,135). Beden algısı, beden imgesi, beden imajı, vücut imajı gibi farklı tanımlamalar kullanılabilir. Beden imajı kişisel kimliğin bileşenlerinden biridir (136).

1900'lü yılların başlarında, nöroloji hekimlerinin beyin hasarı veya ekstremitelerdeki ampütasyonlu bireylerin alışılmadık vücut algısı biçimlerini anlama konusunda önemli çabaları vardı. 1920'de Head, ilk olarak beden imgesini serebral duyu kortekste yer alan geçmiş deneyimlerin birikimi olarak tanımladı. Bir nörolog olan Schilder, vücut imajına

biyopsikososyal bir yaklaşım önererek nörolojik, psikolojik ve sosyokültürel bileşenlerini inceleme ihtiyacını vurguladı. Newell vücut imajının dinamik olduğunu ve yaş, ruh hali, kıyafet gibi etkenlerle değiştiğini belirtti. Krueger, beden imgesinin hem iç hem de dış beden deneyimlerinden türetilen kimliğin temsili olduğunu ileri sürdü (137).

Beden imgesi bilişsel, algısal, affektif ve davranışsal bileşenlerden oluşan çok boyutlu bir kavramdır. Bilişsel kısmı beden hakkındaki düşünceler ve inançları, algısal kısmı insanların bedenlerinin boyutunu ve şeklini nasıl algıladıklarını, affektif kısmı beden hakkında duyguları, davranışsal kısmı insanların vücutlarını kontrol etme, değiştirme veya gizleme eylemlerini oluşturur (138). Düşük beden imgesi kişinin fiziksel ve psikolojik sağlığı, benlik saygısını, sosyal işlevsellik ve mesleki işlevselliğini etkileyebildiğinden bilişsel ve algısal çarpıtmalarını anlayıp daha memnuniyetli ve üretken bir hayat sürmeleri sağlanabilir (139).

Düşük vücut imgesi karakteristik olarak vücut veya vücut kısımlarının hoşnutsuzluğunu, görünümle meşgul olma, sık ayna kontrolü, sık kilo kontrolü ve sosyal durumlardan kaçınma gibi davranışlarda bulunmak şeklinde kendini gösterir (135). Beden memnuniyetsizliği, beden imajının algılanması ile idealize edilmiş beden imajı arasındaki tutarsızlığa atfedilebilir (140).

Price vücut görüntüsünün, doğum öncesi ve doğum sonrası gelişim sırasında, çapraz kortikal bağlantıların ve ayna nöronlarının belirgin rol oynadığı deneyimlerden öğrenilmiş bir durum olduğunu kabul eder (141). Nörofizyolojik, sosyokültürel ve bilişsel faktörler arasındaki karmaşık etkileşimler beden imajı gelişimine katkıda bulunur (142). Sosyalleşmenin yaşamın başlarında başladığı ve iki yaşına kadar kişinin kendisini tanımasının geliştiği varsayılır. Yürümeye başlayan çocuklar cinsiyetlerinin farkına varmaya başlarlar. Çocuklar vücut görünümünün ayırımına vardıklarında ise ebeveynlerinden beden görüntüleri ile ilgili onay almak isterler. Büyüyüp sosyalleştikçe bu onay alma isteği ebeveynlerinden arkadaşlarına ve sosyal çevrelerine yönelir. 6-12 yaş arası okul çocukları arasında yapılan bir çalışma % 40-50'sinin vücut boyutları veya şekillerinin bir bölümünden memnun olmadığını gösterdi (137).

Çocukluktan ergenliğe geçişle beraber oluşan fiziksel ve sosyal değişimler nedeni ile beden algısı gelişimi de kritik bir döneme girer. Ebeveyn-ergen ilişkisinin beden memnuniyeti gelişimi açısından önemli olduğu vurgulanmıştır. Kişilerin ilişkilerde kendilerini güvende

hissetmesi beden memnuniyeti ve insanlar tarafından kabul edildiğini hissetme konusunda olumlu katkılar sağlamaktadır (137,143). Büyüyen ve sosyal çevre edinen çocuklarda ebeveyn rolü azalarak akran etkisi ön plana çıkmaya başlar ve bu dönemlerde beden görüntüleri ile ilgili karşılaştıkları herhangi bir alay etme, reddedilme beden memnuniyetsizliğinin gelişim sebeplerinden biri olabilir (144).

BMI, aile, akranlar, toplum, medya, kültür, benlik saygısı, psikiyatrik rahatsızlıklar, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, sigara içme durumu, alkol tüketimi, fiziksel aktivite, dini inançlar gibi beden algısını etkileyen bir çok faktör vardır (134,145).

Vücut imajını ve vücut memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerden biri BMI'dır. Fazla kilolu bireyler, normal ağırlıktaki kişilere kıyasla sosyal durumlara katılırken olumsuz değerlendirilmekten daha çok kaygı duymaktadırlar (146). Obezite, vücutta depolanan yağ miktarının fazla olması şeklinde tanımlanabilir. Klinikte obeziteyi ifade etmek için kilonun boyun karesine bölünmesi (kg/m^2) ile elde edilen vücut kitle indeksi (BMI) kullanılır. BMI'nin 25'in üzerinde olduğu kişiler aşırı kilolu, 30'un üzerinde olanlar ise obez şeklinde tanımlanır (147). BMI'nın artışı ile beden memnuniyeti azalmaktadır (145).

Aileler çocuk üzerinde kilo kontrolü, kilosu ile ilgili sık yorum yapma, diyetle teşvik etme ve ya kendilerinin de sık diyet, egzersiz gibi etkinliklerde bulunmaları nedeniyle kişilerin beden algısının gelişiminde doğrudan ya da dolaylı rol alabilmektedirler (148).

Sosyal medya kullanımının vücut görünümünü karşılaştırma ve kendi kendini nesneleştirme gibi farklı yollarla vücut imajını olumsuz etkileyebileceği ve vücut memnuniyetsizliği ve yeme bozuklukları ile ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur (144).

Yüksek benlik saygısı, BMI nedeni ile oluşan bireylerin bedenleri hakkındaki duyguları arasındaki olumsuz ilişkiyi azaltarak, başkalarının olumsuz yargılarının neden olduğu kaygı düzeyini azaltan koruyucu bir faktör olarak işlev görebilir (146). Kronik hastalıklar, endokrin bozukluklar ve kanserler gibi ciddi hastalıklardan kaynaklanan sosyal damgalanma benlik saygısı ve beden imajını olumsuz yönde etkileyebilir (149). Fiziksel ve cinsel istismarın şiddetli depresyon belirtileri, olumsuz beden imajı, düşük benlik saygısı ve yeme bozuklukları için yüksek risk ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (150).

Beden memnuniyetsizlik oranları yaş ve cinsiyete göre farklılık gösterir. Çalışmalar ergenlerde beden memnuniyetsizliğinin yaygınlığının % 71'e kadar çıkabildiğini ve kızlarda daha yaygın olduğunu göstermiştir (151,152). Olumsuz beden imajının obezite ve fiziksel hareketsizlik ile ilişkili olduğu gösterilmektedir (153).

2.3.1. Bipolar Bozukluk ve Beden Algısı

Bipolar Bozukluk ve ya majör depresif bozukluk tanısı olan kişilerde metabolik hastalık ve obezite eş tanısı genel popülasyona göre daha sıktır. Obez bireylerin depresif ve manik semptom geliştirme riski daha yüksek olmakla birlikte obezite ve duygudurum bozukluğunun birlikte bulunmasının birbirini iki yönlü etkilediği ve hastalığın seyrini ve sonucunu değiştirdiği gösterilmiştir (154). Obezite ve duygudurum bozukluklarının birbiriyle bağlantılı olduğu ve etiyolojide bir dizi çocukluk çağı travması, beslenme alışkanlıkları, egzersiz, sigara, psikososyal stres gibi çevresel faktörleri, HHA disregülasyonu gibi biyolojik faktörleri, klinik ve genetik faktörleri paylaştığı gösterilmiştir (155). BB tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar iştah artışına neden olarak aşırı yemeyi tetikleyebilmektedir (15).

Obezitenin duygudurum bozukluklarında tedavi sonuçlarını olumsuz etkilediği de ileri sürülmektedir. Birkaç çalışma, yüksek BMI'nın majör depresif bozukluk tanılı bireylerde antidepresana zayıf yanıtın bir yordayıcısı olabileceğini göstermiştir. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda ise obezite, lityum ve valproat dahil olmak üzere farmakolojik tedaviye düşük uyum ile ilişkilendirilmiştir (156,157).

BB tanılı hastalarda eşlik eden psikiyatrik tanı oranı yüksektir. En sık eşlik eden ek tanı anksiyete bozukluğu olmakla beraber % 6 oranında yeme bozuklukları da eşlik etmektedir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu ise bipolar bozuklukta en sık görülen yeme bozukluğudur ve % 9,5 sıklığında görülmektedir (158,159,160).

Tıkınırcasına yeme, Bipolar bozukluk tanılı hastalarda yaygın bir yeme alışkanlığıdır ve yüksek BMI ile ilişkili bulunmuştur. Aşırı yeme, obezite, morbidite, mortalite ve daha düşük yaşam kalitesi için yüksek risk oluşturabilir (15,160). Yapılan çalışmalarda yüksek BMI beden algısında bozulma ile ilişkilendirilmiştir (14).

BB tip II tanılı hastalarda vücut imajı ile ilgili daha çok kaygı gözlenmiş ve bu kaygı BB tip I'de depresyon ve bağımlı kişilik bozukluğu stili ile BB tip II'de depresyon, hipomani

ve çekingen kişilik bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur (161). Obezite olumsuz beden algısı ile ilişkili bulunmuştur ve olumsuz beden algısı da cinsel işlev bozuklukları ile bir aradadır. (162).

2.4. ÇİFT UYUMU

Evlilik uyumu veya çift uyumu, ilişkideki farklılıklar, kişilerarası gerginlikler ve kişisel kaygılar, ilişkiden memnuniyet ve çiftlerin fikir birliği gibi değişkenlerle belirlenen dinamik bir süreç olarak tanımlanmıştır (163). Evlenme biçimi, eşler arası iletişim çatışmaları, evlilik yaşı, cinsel işlevler, eğitim düzeyi, fiziksel ve ruhsal hastalıklar, çocuk sayısı, kültürel farklılıklar, sosyoekonomik durum, travmatik yaşantılar gibi çift uyumunu etkileyen birden çok faktör vardır (164,165). Evlilik ve çift uyumunda cinsel uyumun varlığı önemli olmakla birlikte cinsel işlev bozuklukları ve çift uyumu bozukluğunun hangisinin diğerinin başlatıcısı olduğunu bilmek müdahale açısından önem taşımaktadır (166). Çiftler arasında karşılıklı güven ve bağımlılık ihtiyacının giderileceğini bilmek doyum sağlanabilen bir cinsellik için nerdeyse zorunlu görülmüştür (167).

2.4.1. Bipolar Bozukluk ve Çift Uyumu

Bipolar Bozukluk tanılı hastalarla yaşamak hem hastaya hem de ailesine birçok zorluk getirmektedir. Buna rağmen, az sayıda çalışma BB tanılı kişilerin kişilerarası ilişkilerine bakmıştır ve çift ilişkilerini araştırmıştır (168). Remisyon sırasında bile, Bipolar Bozukluklu hastaların büyük bir kısmında rezidüel semptomların mevcut olabileceği anlaşılmıştır. Birçok hasta, psikososyal ve mesleki işlevsellik ile ilgili sorunlar, evlilik sorunları, madde kötüye kullanımı, cinsel işlev bozukluğu, düşük yaşam kalitesi, ebeveynlikle ilgili sorunlar yaşar. Hastalığın karmaşıklığı ve duygudurum atakları nedeni ile ruhsal durumdaki değişkenlik bireyler ve aileler için sıkıntılı bir durumdur. Bipolar Bozukluk yaşamın erken dönemlerinde başladığı için, yani ergenlik veya genç erişkinlik döneminde, evlilik üzerindeki etkisini anlamak önemlidir (11,169,170).

Bipolar bozukluk tanılı hastaların eşleri ev ve çocuklarla ilgili sorumlulukların büyük kısmını yüklenmek, sosyal hayatla ilgili durumlara katılmakla ilgili kısıtlılıklar, bakım veren yükü nedeni ile ilgili tükenmişlik duygusu, zaman zaman hastanın tedavi uyumsuzluğu nedeni ile kızgınlık ve utanç duyguları, bazen de gelecek kaygıları ve ümitsizlik nedeni ile zorluklar yaşarlar. Bipolar bozukluğun ilişkileri üzerindeki etkisi sorulduğunda hem hasta hem de eşi benzer cevaplar vermişlerdir. BB'li hastaların eşleri için güven ilişkisi genelde hastanın tedavi

uyumu konusunda ki istikrarına bağılı bulunmuş, hastalar içinse atak durumunda yeterli destek alabilmekle ilgili bulunmuştur (168). BB’de çift uyumu sadece bireylerin ve partnerlerinin ilişkilerinde yaşadıkları sıkıntı nedeniyle değil, hastalığın seyrini de etkileyebildiği için önemlidir (171).

Evlilik ile ruh sağlığı ilişkisinin birçok boyutu vardır. Evlilik stresli bir yaşam olayıdır ve akıl hastalığının başlangıcını veya nüksetmesini hızlandırabilir, bazen de zihinsel bozukluklara karşı koruyucu bir faktör olarak rol alabilir. Bununla beraber zihinsel bozukluğu olan hastaların daha düşük evlilik uyumu, daha yüksek ayrılma ve boşanma oranlarına sahip olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Evlilik uyumuna önemli katkıları olan faktörlerden birisi de cinsel uyumdur. Ruhsal hastalıklarda kullanılan psikotrop ilaçlar nedeni ile cinsel işlev bozukluğu sıklığı artmıştır, Bu nedenle de ruhsal hastalıklarda çift uyumunu anlamaya yönelik çalışmalar önemlidir (11).

Bipolar Bozukluklu hastaların evlilik oranları ile ilgili tutarsızlıklar bulunmakla birlikte şizofreni hastalarına kıyasla daha yüksek evlilik oranları bildirilmiştir (172). Ayrıca Bipolar Bozukluklu hastaların diğer zihinsel bozuklukları olanlarla kıyaslandığında çift ilişkilerini sürdürme düzeyi bakımından sağlıklı kontrollere daha yakın olduğu sonucuna varılmıştır. Mevcut çalışmalar, çift ilişkilerinde BB tanılı hastaların eşlerinin başlıca kaygılarından birinin ataklar sırasında cinsel ilişki sıklığında azalma olduğunu göstermiştir (173). Obezite de hastalarının eşleri ile çift uyumunda sorunlara yol açan faktörlerdendir. Fazla kilolu bireylerin fiziksel görünümlerinden dolayı duygularını ifade etmede sıkıntı ve zorluk yaşaması nedeniyle genellikle evlilikte sorunlar ve kişide depresyon ortaya çıkabilir. Obezite, depresyon, CİB ve azalan evlilik kalitesinin en önemli nedenlerinden biridir (131).

3.YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Uygulama ve Örneklem

Araştırmamız kesitsel bir çalışma olmakla beraber toplam Mart 2020-Ağustos 2020 ayları arasında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine ayaktan başvuran 110 hasta ile görüşme yapılmıştır. 16 hasta görüşmeye devam etmemesi nedeni ile, 6 hasta iyilik döneminde olmaması nedeni ile, 8 hasta ise görüşme sonrası ölçeklerini tamamlamaması nedeni ile çalışma dışı bırakılmıştır. Araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul edip onam veren 80 hasta dahil edilmiştir.

Hastaların tanısı DSM-V Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-V CV) uygulanarak kesinleştirilmiştir ve bütün hastalar için ayrı ayrı sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) yapılarak remisyon döneminde oldukları netleştirilmiştir. Sonrasında öz bildirimine dayalı ölçekler olan Golombuck Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ), Beden Algı Ölçeği (BAÖ) ve Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (Brief QoL.BD) verilmiştir.

Araştırmaya alınma ölçütleri:

Hasta Dahil Etme Ölçütleri:

- Katılımcının DSM-V'e göre Bipolar Bozukluk tanısını alması
- Katılımcının 18-65 yaş arasında olması
- Katılımcının en az son 3 aydır ötimik dönemde olması (HAM-D'den ≤ 8 puan ve YMDÖ'den ≤ 6 puan almış olması gerekmektedir.)
- Katılımcının çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması ve gönüllü olur formunu imzalamış olması

Öz bildirimine dayalı ölçeklerin doldurulabilmesi için okur yazar olmak

Hasta Dışlama Kriterleri:

- 1-Katılımcının okur yazar olmaması
- 2-Katılımcıda zihinsel gelişim geriliği veya nörobilişsel bozukluk olması
- 3-Katılımcının beyin hasarı veya travma öyküsünün olması
- 4-Katılımcıda alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu olması
- 5-Katılımcının son 6 ay içinde EKT almış olması

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. SCID-V-CV (DSM-V Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen için):

Klinik tanı koyma amacıyla geliştirilmiş, görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. DSM-V'te bulunan bozuklukları tanı ölçütlerine göre araştırmaktadır. First ve arkadaşları (174) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. (175). Çalışmaya katılacak hastaların tanılarını doğrulamak amacıyla kullanılmıştır.

3.2.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D):

Hastada depresyonun derecesini ve şiddetini ölçen, araştırmacı tarafından uygulanan yapılandırılmış bir ölçektir (176). 17 maddeden oluşan ölçek Max Hamilton tarafından geliştirilmiştir. Her bir madde 0 ile 4 arasında puanlanmaktadır. En yüksek alınacak puan 51 puana denk gelmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (177).

3.2.3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ):

Manik durumun şiddetini ölçmek için faydalanan araştırmacı tarafından uygulanan yapılandırılmış bir ölçektir (178). Young ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek toplam 11 maddeden oluşur. En yüksek alınacak puan 60 puana denk gelmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (179).

3.2.4. Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği (GRCDÖ):

Rust ve Golombok tarafından 1985'de geliştirilen ölçek cinsel işlevleri ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş likert tipi bir ölçektir (180). 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. Ölçeğin değerlendirilmesinde hem toplam, hem de alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilir. 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,

doym, iletişim, dokunma ve ilişki sıklığı alt boyutlarıdır. Bu alt boyutlara ek olarak kadın formunda vajinismus ve orgazm bozukluğu, erkek formunda ise erken boşalma ve empotans alt boyutları bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi ve standardizasyonu Tuğrul ve arkadaşları tarafından 1995 yılında yapılmıştır (181).

3.2.5. Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ):

Çift uyum ölçeği evli veya birlikte yaşayan çiftlerin evlilik uyumunu değerlendirmek için Spanier tarafından 1976 yılında geliştirilmiş likert tipi bir ölçektir (182). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Fışılıoğlu ve Demir (2000) tarafınca yapılmış olan ölçek toplam 32 maddeden oluşmaktadır ve çift doymu (dyadic satisfaction) alt ölçeği, çiftlerin bağılılığı (dyadic cohesion) alt ölçeği, çift fikir birliği (dyadic consensus) alt ölçeği, duyguların ifadesi (affectional expression) alt ölçeği olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten alınan puanların artışı çift uyumunun artışı ile ilişkilidir (183).

3.2.6. Beden Algı Ölçeği (BiÖ):

Secord ve Jourand tarafından 1953 yılında geliştirilmiştir (184). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği 1989'da Hovardaoğlu tarafından yapılmıştır. Ölçek 40 maddeden oluşmakta olup, maddelerden her bir organ ve ya vücudun bir bölümü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (sindirim sistemi gibi) ile ilgilidir. Her bir madde için 1'den 5'e kadar değişen puanlar alan ve "Hiç beğenmiyorum", "Beğenmiyorum", "Kararsızım", "Beğeniyorum" ve "Çok beğeniyorum" şeklinde cevap seçeneği içeren ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmektedir. Alınan puanın yüksekliği 33 doym düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin kesme puanı 135 olup, 135 altında puana sahip olanlar beden imajı düşük grup olarak tanımlanmıştır (185).

3.2.7. Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (Brief QoL.BD):

Orijinal ölçek Kanada'da (Michalak ve Murray (2010)) geliştirilmiştir ve 12 maddeden oluşmaktadır (bu 12 madde, toplamda 56 maddeden oluşan araçtaki 12 esas yaşam kalitesi alanına karşılık gelmektedir). 12 maddenin her biri, son yedi günde yaşam kalitesinden duyulan memnuniyetle ilgilidir. Likert yanıt ölçeğine göre puanlanan maddelerde "Kesinlikle Katılmıyorum" yanıtı 1, "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtı 5 ile puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 12–60 arasında değişmekte ve yüksek puanlar daha iyi bir yaşam

kalitesine işaret etmektedir (186). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gümüş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (187).

3.2.8. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan form kişilerin genel sosyodemografik verileri, hastalık özelliklerine ait veriler, cinsel yaşamlarına ait veriler içermektedir.

3.2.9. Aydınlatılmış Onam Formu

3.3. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 17.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, ortanca değerler kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) değişkenler iki grup arasında değerlendirilirken Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Ölçümsel verilerin birbirleri ile analizinde Spearman Korelasyon Testi'nden faydalanılmıştır. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

4.BULGULAR

4.1. Örneklemenin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya 30 erkek ve 50 kadın olmak üzere toplam 80 hasta alınmıştır. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $42,93 \pm 9,70$ yıldır. Erkeklerin yaş ortalaması $45,97 \pm 11,09$ yıl iken kadınların yaş ortalaması $41,10 \pm 8,36$ yıldır. Eğitim düzeyleri incelendiğinde 32 (% 49) kişinin okuryazar/ilkokul, 14 (% 17,5) kişinin ortaokul, 22 (% 27,50) kişinin lise, 12 (% 15) kişinin önlisans/lisans mezunu olduğu görülmektedir. Çalışma durumlarına bakıldığında 26 (% 32,5) hastanın çalıştığı görülmektedir. 33 (% 41,25) hastanın evliliği flört ile 47 (% 58,75) hastanın evliliği görücü usulü ile olmuştur. Ortalama aylık geliri 1500 TL ve altı olan 5 (% 6,25) hasta, 3000 TL ve üstü olan 37 (46,25) hasta, 1500-3000 TL arası olan 38 (% 47,50) hasta vardır. Çalışmaya katılanların 76 (% 95) tanesi evlidir. İlk evliliği olan 72 (% 90) hasta, ikinci evliliği olan 7 (% 8,75) hasta ve üçüncü evliliği olan 1 (% 1,25) hasta vardır. Çocuğu olan 68 (% 85) hasta vardır. Sigara kullanımı 33 (% 41,25) hastada varken, alkol ve madde kullanan hasta yoktur. (Tablo 1)

Tablo 1. Örnekleme ait sosyodemografik özellikler 1

		n	%
Cinsiyet	Erkek	30	37,50
	Kadın	50	62,50
Eğitim düzeyi	Okuryazar/İlkokul	32	40,00
	Ortaokul	14	17,50
	Lise	22	27,50
	Önlisans/Lisans	12	15,00
Çalışma durumu	Çalışıyor	26	32,50
	Çalışmıyor	54	67,50
Evlilik nasıl olmuş?	Flört	33	41,25
	Görücü	47	58,75
Ortalama aylık geliriniz	1500 TL ve altı	5	6,25
	1500-3000 TL arası	38	47,50
	3000 TL ve üstü	37	46,25
Medeni durum	Evli	76	95,00
	Bekar	4	5,00
Kaçınıcı evliliği olduğu	1	72	90,00
	2	7	8,75
	3	1	1,25
Çocuk		68	85,00
Sigara kullanımı		33	41,25

4.2. Örneklemin Hastalık Özelliklerine Ait Bulgular

İlk geçirilen duygudurum atağı türü mani olan 63 (% 78,75) hasta, depresyon olan 13 (% 16,25) hasta, hipomani olan 2 (% 2,50) hasta ve karma olan 2 (% 2,50) hasta vardır. İntihar öyküsü olan 17 (% 21,75) hasta, atakları arasında mevsimsellik özelliği olan 37 (% 46,25) hasta vardır. Ataklarda psikotik belirti olan 49 (% 61,25) hasta, ek psikiyatrik hastalığı olan 8 (% 10) hasta, ek tıbbi hastalığı olan 26 (% 32,50) hasta ve ailede psikiyatrik hastalığı olan 33 (% 41,25) hasta vardır. Çocuğu olanlarda çocuktan sonra cinsel hayatlarında değişiklik olmayan 48 (% 69,57) hasta, olumlu değişiklik olan 2 (% 2,9) hasta, olumsuz değişiklik olan 17 (% 24,64) hasta vardır. EKT öyküsü olan 16 (% 20) hasta vardır. Uygulanan tedaviden fayda gördüğünü düşünen 73 (% 91,25) vardır. Kendisinde cinsel işlev bozukluğu olduğunu düşünen 20 (% 25,0) hasta vardır. Bipolar bozukluk tip I olan 71 (% 88,75) hasta BB tip II olan 9 (% 11,25) hasta vardır. (Tablo 2)

Tablo 2. Örneklemin hastalık özellikleri

		n	%
İlk geçirilen duygudurum atağı türü	Mani	63	78,75
	Depresyon	13	16,25
	Hipomani	2	2,50
	Karma	2	2,50
İntihar öyküsü		17	21,25
Mevsimsellik		37	46,25
Ataklarda psikotik belirti		49	61,25
Ek psikiyatrik hastalık		8	10,00
Ek tıbbi hastalık		26	32,50
Ailede psikiyatrik hastalık		33	41,25
Çocuk varsa çocuktan sonra cinsel hayatta değişme oldu mu?	Değişiklik yok	48	69,57
	Olumlu değişiklik	2	2,90
	Olumsuz değişiklik	17	24,64
	Olumlu-Olumsuz değişiklik	2	2,90
EKT öyküsü		16	20,00
Uygulanan tedaviden fayda gördüğünü düşünüyor mu?	Yok	1	1,25
	Var	73	91,25
	Kısmen	6	7,50
Kendisinde cinsel işlev bozukluğu olduğunu düşünüyor mu?	Hayır	60	75,00
	Evet	20	25,00
Bipolar Bozukluk Tipi	Tip 1	71	88,75
	Tip 2	9	11,25

4.3. Örneklemin İlaç Kullanımına Ait Bulgular

Duygudurum dengeleyici kullanan 73 (% 91,25) hasta vardır. Lityum kullanan 28 (% 35) hasta, Valproik asit kullanan 45 (% 56,25) hasta, Karbamezapin kullanan 3 (% 3,25) hasta, Lamotrijin kullanan 6 (% 7,50) hasta vardır. Atipik antipsikotik kullanan 58 (% 72,50) hasta ve Antidepresan kullanan 7 (% 8,75) hasta vardır. (Tablo 3)

Tablo 3. Örneklemin ilaç kullanım özellikleri

	n	%
Duygudurum dengeleyici	73	91,25
Lityum	28	35,00
Valproik asit	45	56,25
Karbamezapin	3	3,75
Lamotrijin	6	7,50
Atipik antipsikotik	58	72,50
Antidepresan	7	8,75

4.4. Örneklemen Hastalık Özellikleri ve Diğer Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $42,93 \pm 9,70$ yıldır. Ortalama BMI değeri $30,11 \pm 5,13$ olarak hesaplanmıştır. Ortalama BB başlangıç yaşı $28,60 \pm 9,86$ yıldır. Toplam geçirilen duygudurum atağı sayısı ortalama $3,35 \pm 2,39$ 'dur. Psikiyatri kliniği yatış sayısı ortalama $2,03 \pm 1,56$ 'dır. Ortalama remisyon süresi $35,39 \pm 41,72$ aydır. Ortalama evlilik veya birliktelik süresi $17,21 \pm 10,58$ yıldır. (Tablo 4)

Tablo 4. Örneklemen Hastalık Özellikleri ve Diğer Sosyodemografik Özellikleri

	Ort	s.s.	Medyan
Yaş	42,93	$\pm 9,70$	42,00
BMI	30,11	$\pm 5,13$	29,90
Bipolar bozukluk başlangıç yaşı	28,60	$\pm 9,86$	27,00
Toplam geçirilen duygudurum atağı sayısı	3,35	$\pm 2,39$	3,00
Psikiyatri kliniği yatış sayısı	2,03	$\pm 1,56$	1,00
Remisyon süresi (ay)	35,39	$\pm 41,72$	15,00
Evlilik veya birliktelik süresi (yıl)	17,21	$\pm 10,58$	17,50

4.5. Golombuck Rust Cinsel Doyum Ölçeği ve Çift Uyum Ölçeği Arasındaki Korelasyona Ait Bulgular

Çift uyum alt ölçekleri ile GRCDÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyona bakılmıştır. Buna göre ÇUÖ Toplam ile GRCDÖ Toplam, Sıklık, Doyum, Kaçınma, Dokunma, Vajinismus ve Anorgazmi arasında ters yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=-0,467$, $p<0,01$; $r=-0,264$, $p<0,05$; $r=-0,483$, $p<0,01$; $r=-0,303$, $p<0,01$; $r=-0,442$, $p<0,01$; $r=-0,281$, $p<0,05$; $r=-0,445$, $p<0,01$). ÇUÖ Memnuniyet-Doyum ile GRCDÖ Toplam, Doyum, Kaçınma, Dokunma, Vajinismus ve Anorgazmi arasında ters yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=-0,441$, $p<0,01$, $r=-0,457$, $p<0,01$; $r=-0,421$, $p<0,01$; $r=-0,441$, $p<0,01$; $r=-0,293$, $p<0,05$; $r=-0,412$, $p<0,01$). ÇUÖ Fikir Birliği ile GRCDÖ Toplam, Sıklık, Doyum, Dokunma ve Anorgazmi arasında ters yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=-0,389$, $p<0,01$; $r=-0,229$, $p<0,05$; $r=-0,385$, $p<0,01$; $r=-0,321$, $p<0,01$; $r=-0,358$, $p<0,05$). ÇUÖ Bağlılık ile GRCDÖ Toplam, İletişim, Doyum, Dokunma ve Anorgazmi arasında ters yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=-0,332$, $p<0,01$; $r=-0,230$, $p<0,05$; $r=-0,267$, $p<0,05$; $r=-0,334$, $p<0,01$; $r=-0,453$, $p<0,01$). ÇUÖ Duygusal İfade ile GRCDÖ Toplam, Sıklık, İletişim, Doyum, Kaçınma, Dokunma, Vajinismus ve Anorgazmi arasında ters yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=-0,485$, $p<0,01$; $r=-0,313$, $p<0,01$; $r=-0,245$,

$p<0,05$; $r=-0,404$, $p<0,01$; $r=-0,258$, $p<0,05$; $r=-0,465$, $p<0,01$; $r=-0,360$, $p<0,05$; $r=-0,348$, $p<0,05$).

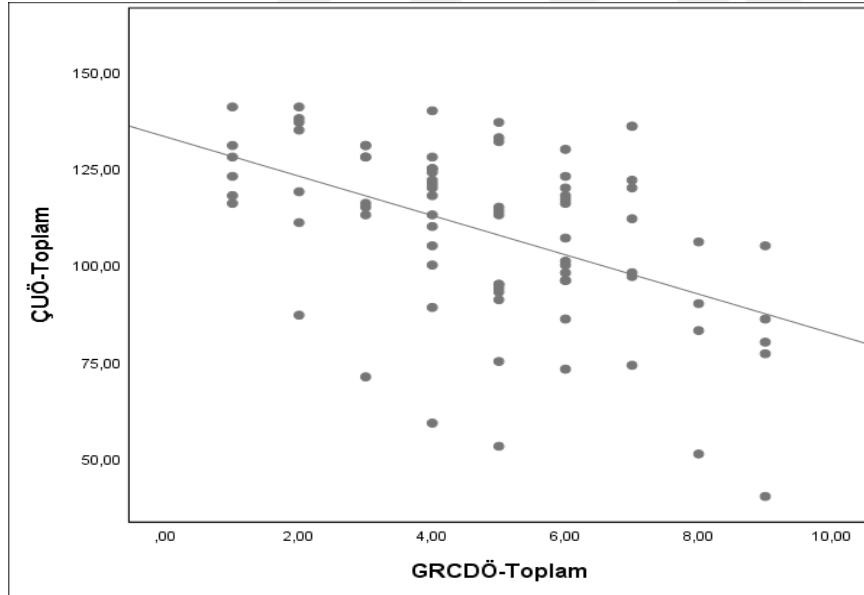
Çift uyum alt ölçekleri ile GRCDÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyona erkeklerde ve kadınlarda ayrı ayrı bakılmıştır. Erkeklerde ÇUÖ toplam ile GRCDÖ iletişim, doyum ve dokunma arasında ters yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=-0,390$, $p<0,05$; $r=-0,363$, $p<0,05$; $r=-0,433$, $p<0,05$). Kadınlarda ÇUÖ toplam ile GRCDÖ toplam, sıklık, doyum, kaçınma ve dokunma arasında ters yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=-0,536$, $p<0,01$; $r=-0,381$, $p<0,01$; $r=-0,550$, $p<0,01$; $r=-0,435$, $p<0,01$; $r=-0,449$, $p<0,01$). Erkeklerde ÇUÖ memnuniyet-doyum ile GRCDÖ doyum arasında ters yönlü korelasyon vardır ($r=-0,422$, $p<0,05$). Kadınlarda ÇUÖ memnuniyet-doyum ile GRCDÖ toplam, doyum, kaçınma ve dokunma arasında ters yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=-0,557$, $p<0,01$; $r=-0,449$, $p<0,01$; $r=-0,508$, $p<0,01$; $r=-0,460$, $p<0,01$). Erkeklerde ÇUÖ fikir birliği ile GRCDÖ iletişim ve dokunma arasında ters yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=-0,381$, $p<0,05$; $r=-0,399$, $p<0,05$). Kadınlarda ÇUÖ fikir birliği ile GRCDÖ toplam, sıklık, doyum, kaçınma ve dokunma arasında ters yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=-0,427$, $p<0,01$; $r=-0,346$, $p<0,05$; $r=0,467$, $p<0,01$; $r=-0,353$, $p<0,05$; $r=-0,333$, $p<0,05$). Erkeklerde ÇUÖ bağlılık ile GRCDÖ iletişim arasında ters yönlü korelasyon vardır ($r=-0,458$, $p<0,05$). Kadınlarda ÇUÖ bağlılık ile GRCDÖ toplam, doyum ve dokunma arasında ters yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=-0,424$, $p<0,01$; $r=-0,362$, $p<0,05$; $r=-0,318$, $p<0,05$). Erkeklerde ÇUÖ duygusal ifade ile GRCDÖ toplam, iletişim ve dokunma arasında ters yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=-0,496$, $p<0,01$; $r=-0,386$, $p<0,05$; $r=-0,667$, $p<0,01$). Kadınlarda ÇUÖ duygusal ifade ile GRCDÖ toplam, sıklık, doyum ve dokunma arasında ters yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=-0,495$, $p<0,01$; $r=-0,370$, $p<0,01$; $r=-0,429$, $p<0,01$; $r=-0,381$, $p<0,01$) (Tablo 5, Şekil 1, Şekil 2).

Tablo 5. GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçekleri ile ÇUÖ Toplam ve Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon

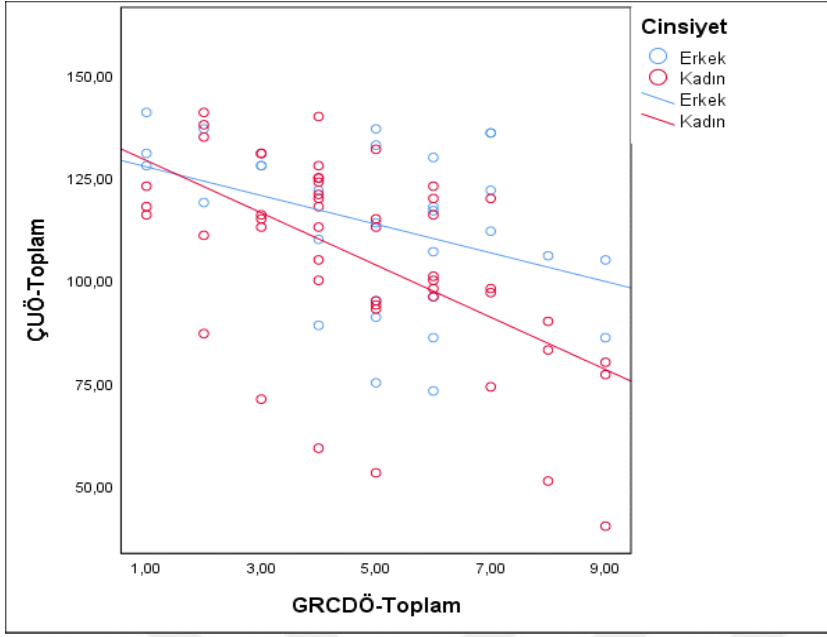
		ÇÜÖ															
		Toplam			Memnuniyet-Doyum			Fikir Birliği			Bağlılık			Duygusal İfade			
		Genel	Erkek	Kadın	Genel	Erkek	Kadın	Genel	Erkek	Kadın	Genel	Erkek	Kadın	Genel	Erkek	Kadın	
GRCDÖ	Toplam	r	-0,467	-0,358	-0,536	-0,441	-0,351	-0,557	-0,389	-0,238	-0,427	-0,332	-0,184	-0,424	-0,485	-0,496	-0,495
		p	0,000*	0,052	0,000*	0,000*	0,057	0,000*	0,000*	0,206	0,002*	0,003*	0,331	0,002*	0,000*	0,005*	0,000*
	Sıklık	r	-0,264	-0,070	-0,381	-0,179	-0,068	-0,221	-0,229	0,025	-0,346	-0,116	0,060	-0,194	-0,313	-0,189	-0,370
		p	0,018**	0,714	0,006*	0,114	0,721	0,127	0,042**	0,894	0,015**	0,310	0,754	0,182	0,005*	0,318	0,009*
	İletişim	r	-0,164	-0,390	0,014	-0,158	-0,203	-0,063	-0,063	-0,381	0,086	-0,230	-0,458	-0,026	-0,245	-0,386	-0,137
		p	0,145	0,033**	0,921	0,165	0,283	0,668	0,583	0,038	0,559	0,041**	0,011**	0,860	0,030**	0,035**	0,348
	Doyum	r	-0,483	-0,363	-0,550	-0,457	-0,422	-0,449	-0,385	-0,260	-0,467	-0,267	-0,113	-0,362	-0,404	-0,338	-0,429
		p	0,000*	0,049**	0,000*	0,000*	0,020**	0,001*	0,000*	0,166	0,001*	0,017**	0,553	0,011**	0,000*	0,068	0,002*
	Kaçınma	r	-0,303	-0,042	-0,435	-0,421	-0,179	-0,508	-0,208	0,046	-0,353	-0,171	0,072	-0,262	-0,258	-0,069	-0,280
		p	0,006*	0,825	0,002*	0,000*	0,345	0,000*	0,065	0,811	0,013**	0,133	0,706	0,068	0,022**	0,717	0,052
	Dokunma	r	-0,442	-0,433	-0,449	-0,441	-0,313	-0,460	-0,321	-0,399	-0,333	-0,334	-0,251	-0,318	-0,465	-0,667	-0,381
		p	0,000*	0,017**	0,001*	0,000*	0,092	0,001*	0,004*	0,029**	0,019**	0,003*	0,181	0,026**	0,000*	0,000*	0,007*
	Empotans	r		-0,167			-0,201			-0,057			-0,052			-0,179	
		p		0,377			0,287			0,764			0,784			0,344	
	Erken boşalma	r		-0,237			-0,205			-0,248			-0,145			-0,288	
		p		0,208			0,276			0,186			0,443			0,123	
	Vajinismus	r			-0,281			-0,293			-0,277			-0,198			-0,360
		p			0,048**			0,041**			0,054			0,173			0,011**
	Anorgazmi	r			-0,445			-0,412			-0,358			-0,453			-0,348
		p			0,001*			0,003*			0,012**			0,001*			0,014**

Spearman Korelasyon Testi $p < 0,01^*$, $p < 0,05^{**}$

Şekil 1



Şekil 2



4.6. GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçeklere Ait Sıklık Oranları ile ilgili Bulgular:

BB tanılı hastalarda CİB görülme sıklığı tüm hastalar arasında % 55 bulunmuştur. Kadınlar hastalar arasında % 48, erkek hastalar arasında ise % 66,7 bulunmuştur. Kaçınma ve dokunma cinsel işlev bozukluğu oranları kadınlarda erkeklere göre daha fazladır (sırasıyla $p=0,001, p=0,003$). (Tablo 6)

Tablo 6. GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçeklere Ait Sıklık Oranları

	Erkek		Kadın		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
GRCDÖ-Toplam	20	66,67	24	48,00	44	55,00	0,104
GRCDÖ-Sıklık	15	50,00	33	66,00	48	60,00	0,157
GRCDÖ-İletişim	10	33,33	24	48,00	34	42,50	0,199
GRCDÖ-Doyum	5	16,67	11	22,00	16	20,00	0,564
GRCDÖ-Kaçınma	7	23,33	30	60,00	37	46,25	0,001*
GRCDÖ-Dokunma	7	23,33	29	58,00	36	45,00	0,003*
GRCDÖ-Empotans	19	63,33			19	63,33	***
GRCDÖ-Erken boşalma	20	66,67			20	66,67	***
GRCDÖ-Vajinismus			43	86,00	43	86,00	***
GRCDÖ-Anorgazmi			14	28,00	14	28,00	***

Ki-Kare Testi $p<0,01$ *, $p<0,05$ **

4.7. GRCDÖ, ÇUÖ, BAÖ ve Brief QoL.BD Değerlerinin Cinsiyete Göre

Karşılaştırılması

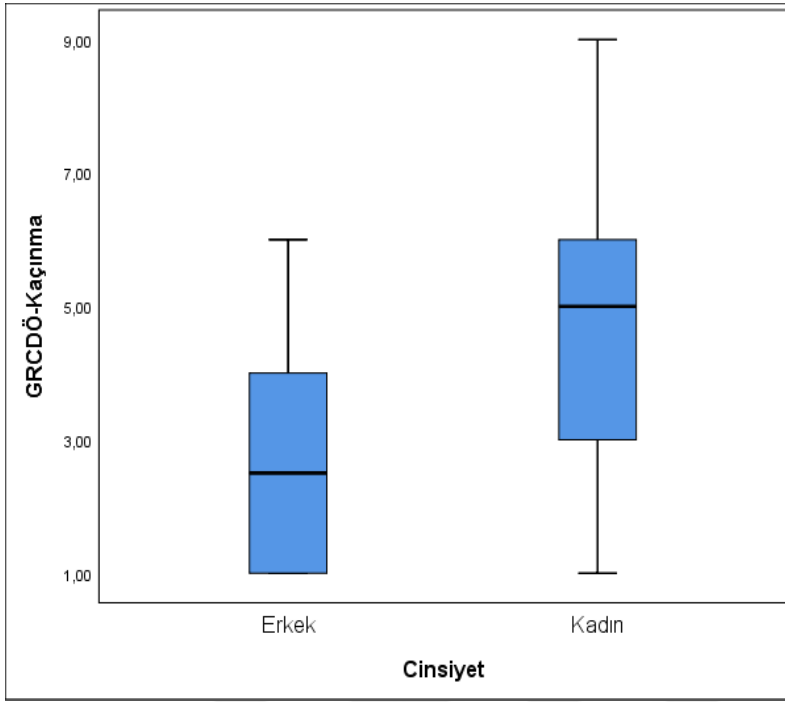
GRCDÖ, ÇUÖ, BAÖ ve Brief QoL.BD değerleri cinsiyete göre karşılaştırılmıştır. Kadınlarda Kaçınma ve Dokunma puanları daha yüksektir (sırasıyla $p<0,01$, $p<0,01$), ÇUÖ Memnuniyet-Doyum puanı daha düşüktür ($p<0,05$). Kadınlar ve erkekler arasında BAÖ ve Brief QoL.BD bakımından anlamlı fark yoktur. (Tablo 7, Şekil 3, Şekil 4)

Tablo 7. GRCDÖ, ÇUÖ, BAÖ, Brief QoL.BD Değerlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırması

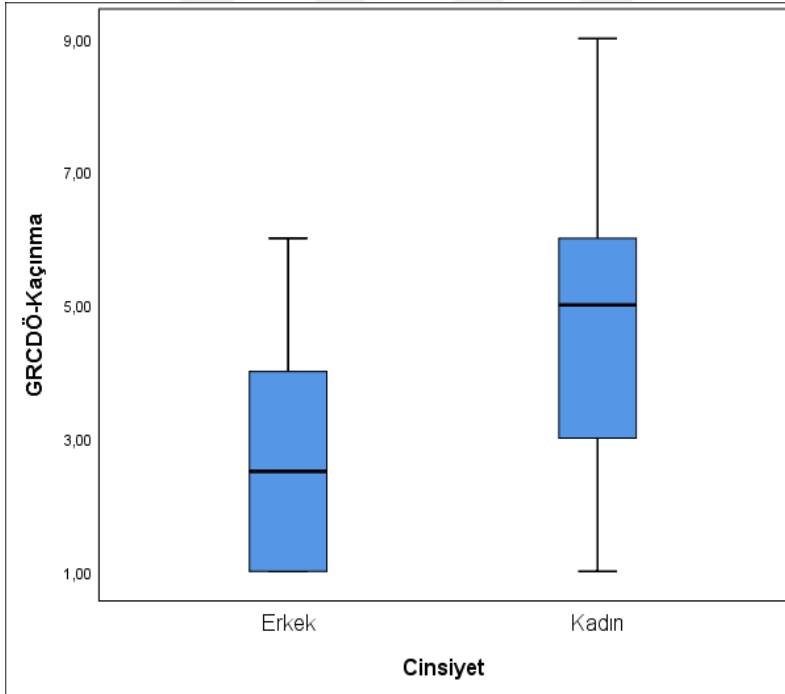
	Erkek			Kadın			p
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
GRCDÖ-Toplam	5,03	±2,20	5,00	4,70	±2,13	4,00	0,364
GRCDÖ-Sıklık	4,60	±2,11	4,50	5,06	±1,81	5,00	0,322
GRCDÖ-İletişim	3,73	±2,02	4,00	4,80	±2,58	4,00	0,092
GRCDÖ-Doyum	3,03	±1,43	3,00	3,64	±1,77	3,00	0,302
GRCDÖ-Kaçınma	2,80	±1,86	2,50	4,82	±2,11	5,00	0,000*
GRCDÖ-Dokunma	2,97	±2,06	2,50	4,72	±2,29	5,00	0,001*
GRCDÖ-Empotans	4,47	±1,72	5,00				
GRCDÖ-Erken boşalma	5,47	±1,87	6,00				
GRCDÖ-Vajinismus				5,84	±1,77	6,00	
GRCDÖ-Anorgazmi				3,64	±1,54	4,00	
ÇUÖ-Toplam	113,60	±19,69	117,50	105,66	±23,97	113,00	0,188
ÇUÖ-Memnuniyet-Doyum	37,40	±8,31	39,50	33,86	±8,13	35,00	0,043**
ÇUÖ-Fikir Birliği	52,70	±8,50	52,50	50,31	±12,59	52,00	0,671
ÇUÖ-Bağlılık	14,23	±4,90	15,00	13,22	±4,36	13,00	0,276
ÇUÖ-Duygusal İfade	9,47	±1,83	10,00	8,29	±3,11	9,00	0,151
BAÖ	153,73	±24,26	151,00	141,16	±29,56	144,00	0,086
Brief QoL.BD	43,60	±11,70	45,00	42,59	±11,21	46,00	0,804

Mann Whitney U Testi $p<0,01$ *, $p<0,05$ **

Şekil 3



Şekil 4



4.8. GRCDÖ ve ÇUÖ ile BAÖ ve Brief QoL.BD Arasındaki Korelasyona Ait Bulgular

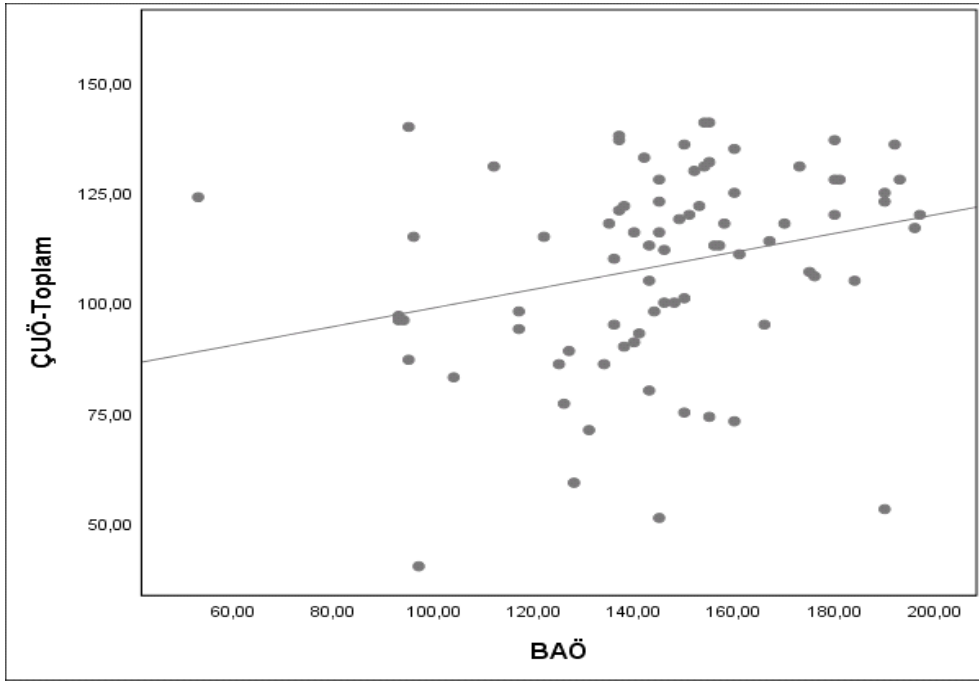
ÇUÖ ve GRCDÖ ile BAÖ ve Brief QoL.BD arasındaki korelasyona bakılmıştır. Buna göre BAÖ ile ÇUÖ Toplam, Memnuniyet-Doyum ve Fikir Birliği arasında aynı yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=0,334$, $p<0,01$; $r=0,242$, $p<0,05$; $r=0,373$, $p<0,01$). BAÖ ile GRCDÖ Kaçınma ve Dokunma arasında ters yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=-0,274$, $p<0,05$; $r=-0,256$, $p<0,05$). Brief QoL.BD ile ÇUÖ Toplam, Fikir Birliği ve Duygusal İfade arasında aynı yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=0,278$, $p<0,05$; $r=0,260$, $p<0,05$; $r=0,358$, $p<0,01$). Brief QoL.BD ile GRCDÖ Toplam ve Dokunma arasında ters yönlü korelasyon vardır ($r=-0,302$, $p<0,01$; $r=-0,247$, $p<0,05$). (Tablo 8, Şekil 5, Şekil 6, Şekil 7)

Tablo 8. GRCDÖ ve ÇUÖ ile BAÖ ve Brief QoL.BD Arasındaki Korelasyon

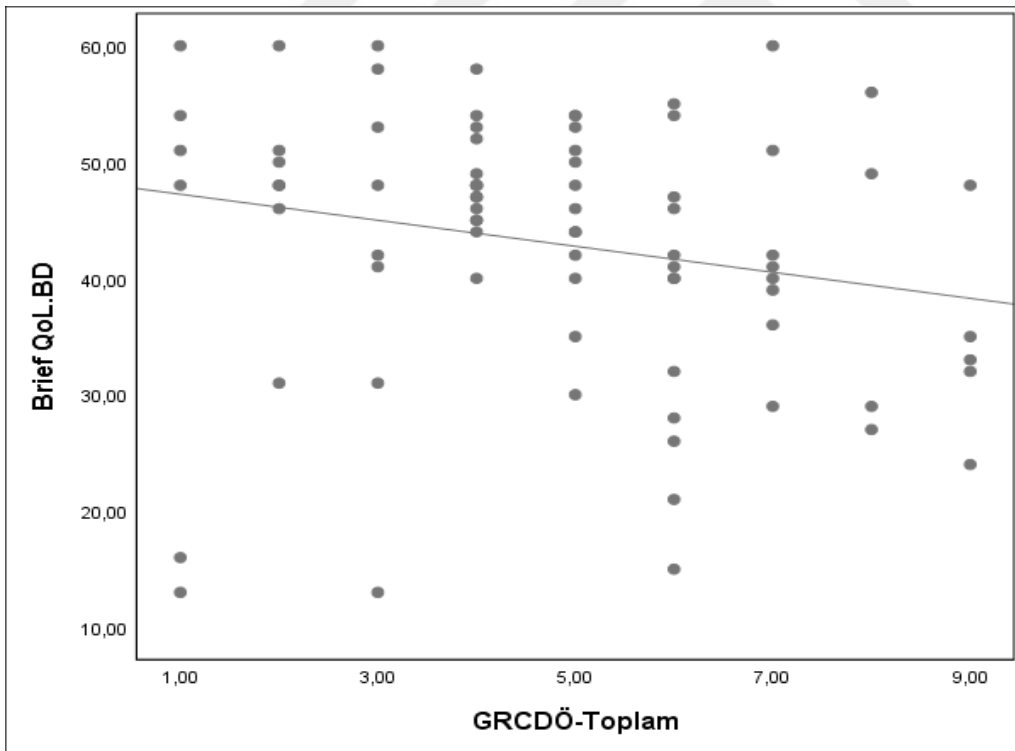
	BAÖ		Brief QoL.BD	
	r	p	r	P
ÇUÖ-Toplam	0,334	0,003*	0,278	0,013**
ÇUÖ-Memnuniyet-Doyum	0,242	0,032**	0,139	0,221
ÇUÖ-Fikir Birliği	0,373	0,001*	0,260	0,021**
ÇUÖ-Bağlılık	0,215	0,057	0,213	0,059
ÇUÖ-Duygusal İfade	0,218	0,054	0,358	0,001*
GRCDÖ-Toplam	-0,097	0,394	-0,302	0,007*
GRCDÖ-Sıklık	-0,177	0,118	-0,188	0,096
GRCDÖ-İletişim	0,014	0,901	-0,208	0,065
GRCDÖ-Doyum	-0,136	0,231	-0,164	0,148
GRCDÖ-Kaçınma	-0,274	0,015**	-0,045	0,691
GRCDÖ-Dokunma	-0,258	0,022**	-0,247	0,028**
GRCDÖ-Empotans	0,100	0,598	-0,222	0,239
GRCDÖ-Erken boşalma	0,057	0,765	-0,159	0,401
GRCDÖ-Vajinismus	0,096	0,511	-0,034	0,819
GRCDÖ-Anorgazmi	-0,095	0,517	-0,229	0,113

Spearman Korelasyon Testi $p<0,01$ *, $p<0,05$ **

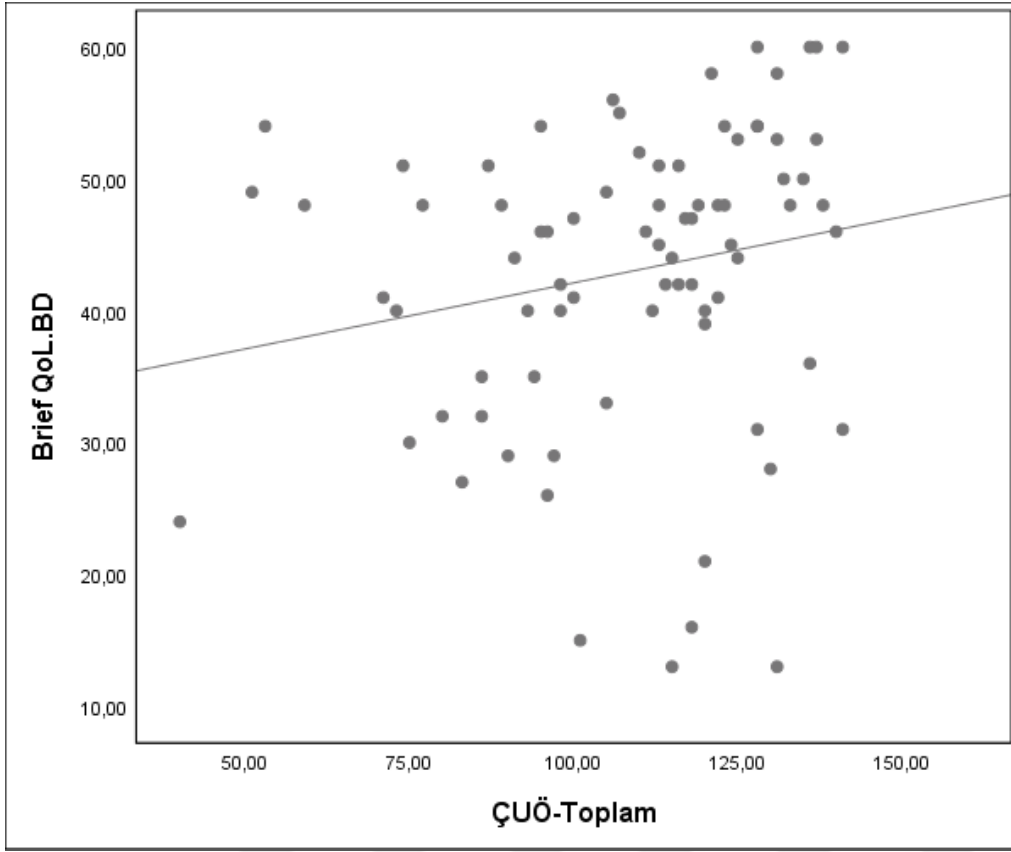
Şekil 5



Şekil 6



Şekil 7



4.9. Kadınlarda ve Erkeklerde BAÖ ve Brief QoL.BD ile ÇUÖ ve GRCDÖ Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesine Ait Bulgular

Kadınlarda ve erkeklerde BAÖ ve Brief QoL.BD ile ÇUÖ ve GRCDÖ arasındaki korelasyona bakılmıştır. Erkeklerde BAÖ ile ÇUÖ-Fikir Birliği arasında aynı yönlü korelasyon vardır ($r=0,434$, $p<0,05$). Ayrıca Brief QoL.BD ile ÇUÖ-Toplam, Fikir Birliği, Bağlılık ve Duygusal İfade arasında da aynı yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=0,381$, $p<0,05$; $r=0,411$, $p<0,05$; $r=0,376$, $p<0,05$; $r=0,528$, $p<0,01$).

Kadınlarda BAÖ ile ÇUÖ-Toplam, Memnuniyet-Doyum ve Fikir Birliği arasında aynı yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=0,375$, $p<0,01$; $r=0,320$, $p<0,05$; $r=0,311$, $p<0,05$). BAÖ ile GRCDÖ-Kaçınma ve Dokunma arasında ters yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r=-0,376$, $p<0,01$; $r=-0,330$, $p<0,05$). (Tablo 9)

Tablo 9. Kadınlarda ve Erkeklerde BAÖ ve Brief QoL.BD ile GRCDÖ ve ÇUÖ Arasındaki Korelasyon

	Erkek				Kadın			
	BAÖ		Brief QoL.BD		BAÖ		Brief QoL.BD	
	r	p	r	p	r	p	r	p
ÇUÖ-Toplam	0,195	0,301	0,381	0,038**	0,375	0,008*	0,209	0,150
ÇUÖ-Memnuniyet-Doyum	-0,069	0,719	0,128	0,500	0,320	0,025**	0,123	0,399
ÇUÖ-Fikir Birliği	0,434	0,016**	0,411	0,024**	0,311	0,029**	0,125	0,391
ÇUÖ-Bağlılık	0,219	0,244	0,376	0,040**	0,182	0,210	0,082	0,575
ÇUÖ-Duygusal İfade	0,222	0,238	0,528	0,003*	0,175	0,230	0,244	0,091
GRCDÖ-Toplam	0,046	0,808	-0,293	0,116	-0,206	0,155	-0,263	0,068
GRCDÖ-Sıklık	-0,143	0,452	-0,028	0,884	-0,183	0,209	-0,273	0,058
GRCDÖ-İletişim	0,046	0,810	-0,153	0,419	0,030	0,839	-0,242	0,094
GRCDÖ-Doyum	0,007	0,970	-0,027	0,886	-0,204	0,160	-0,227	0,117
GRCDÖ-Kaçınma	-0,040	0,836	-0,066	0,728	-0,376	0,008*	-0,045	0,757
GRCDÖ-Dokunma	-0,037	0,847	-0,306	0,100	-0,330	0,021**	-0,260	0,071

Spearman Korelasyon Testi $p < 0,01$ *, $p < 0,05$ **

4.10. GRCDÖ-Toplam,ÇUÖ-Toplam,BAÖ ve Brief QoL.BD Ölçeklerinin Birbiri Arasındaki Korelasyona Ait Bulgular

GRCDÖ-Toplam, ÇUÖ-Toplam, BAÖ ve Brief QoL.BD ölçeklerinin kendi aralarındaki korelasyonuna bakılmıştır. Buna göre GRCDÖ-Toplam ile ÇUÖ-Toplam ve Brief QoL.BD arasında ters yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r = -0,467$, $p < 0,01$; $r = -0,302$, $p < 0,01$). GRCDÖ-Toplam ile BAÖ arasında anlamlı korelasyon yoktur. ÇUÖ-Toplam ile BAÖ ve Brief QoL.BD arasında aynı yönlü korelasyon vardır (sırasıyla $r = 0,334$, $p < 0,01$; $r = 0,344$, $p < 0,01$). BAÖ ile Brief QoL.BD arasında aynı yönlü korelasyon vardır ($r = 0,344$, $p < 0,01$). (Tablo 10).

Tablo 10. GRCDÖ-Toplam, ÇUÖ-Toplam, BAÖ ve Brief QoL.BD Ölçeklerinin Birbiri Arasındaki Korelasyon

	GRCDÖ-Toplam		ÇUÖ-Toplam		BAÖ		Brief QoL.BD	
	r	p	r	p	r	p	r	p
GRCDÖ-Toplam			-0,467	0,000*	-0,097	0,394	-0,302	0,007*
ÇUÖ-Toplam	-0,467	0,000*			0,334	0,003*	0,278	0,013**
BAÖ	-0,097	0,394	0,334	0,003*			0,344	0,002*
Brief QoL.BD	-0,302	0,007*	0,278	0,013**	0,344	0,002*		

Spearman Korelasyon Testi $p < 0,01$ *, $p < 0,05$ **

4.11. BMI ile ÇUÖ, BAÖ ve Brief Q oL.BD Arasındaki Korelasyona Ait Bulgular

BMI ile ÇUÖ, BAÖ ve Brief QoL.BD arasındaki korelasyona bakılmış ve anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür (sırasıyla $r=-0,067$, $p=0,553$; $r=-0,189$, $p=0,096$; $r=0,018$, $p=0,875$). (Tablo 11)

Tablo 11.BMI ile BAÖ ve Brief QoL.BD Arasındaki Korelasyon

	ÇUÖ- Toplam	ÇUÖ- Memnuniyet-Doyum	ÇUÖ- Fikir Birliği	ÇUÖ- Bağlılık	ÇUÖ- Duygusal İfade	BAÖ	Brief QoL.BD
BMI	-0,067	-0,070	-0,053	-0,019	0,017	-0,189	0,018
	0,553	0,541	0,645	0,867	0,880	0,096	0,875

Spearman Korelasyon Testi

4.12. BAÖ ile Brief QoL.BD Arasındaki Korelasyona Ait Bulgular

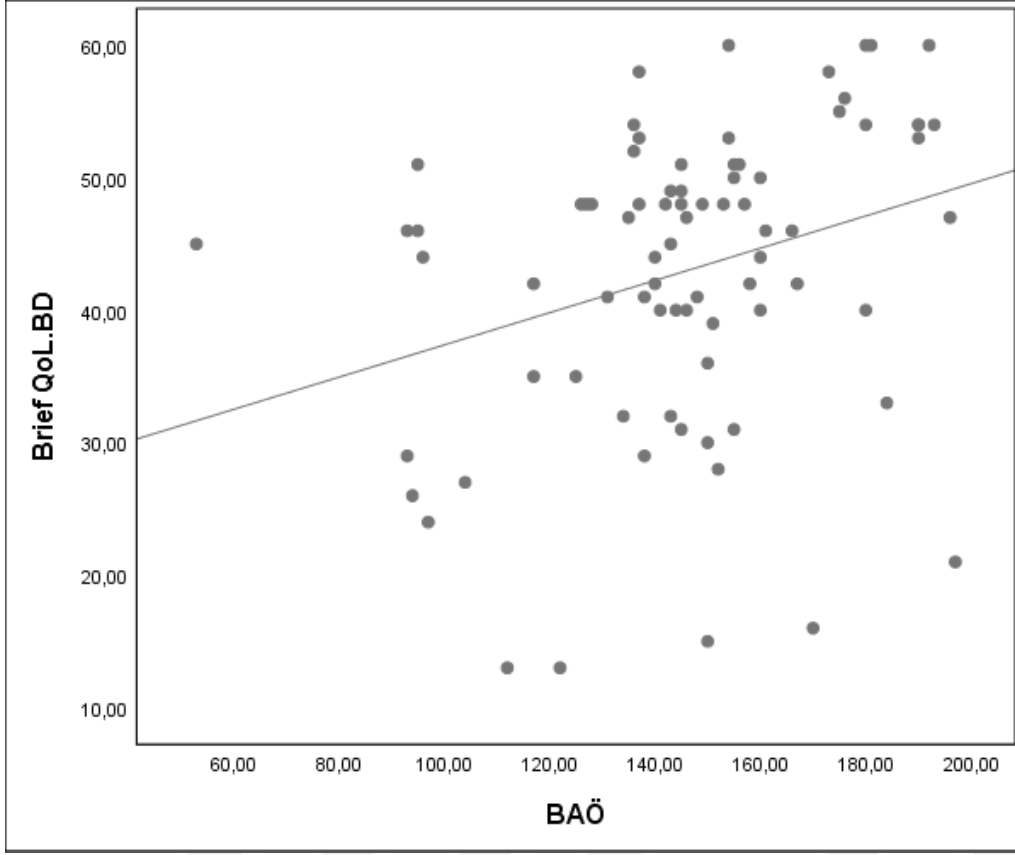
BAÖ ile Brief QoL.BD arasında aynı yönlü korelasyon vardır ($r=0,344$, $p<0,01$) (Tablo 12, Şekil 8).

Tablo 12.BAÖ ile Brief QoL.BD Arasındaki Korelasyon

	r	p
BAÖ-Brief QoL.BD	0,344	0,002*

Spearman Korelasyon Testi $p<0,01$ * , $p<0,05$ **

Şekil 8



4.13. Antidepresan Kullanımı ile GRCDÖ, ÇUÖ, BAÖ ve Brief QoL.BD Değerleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

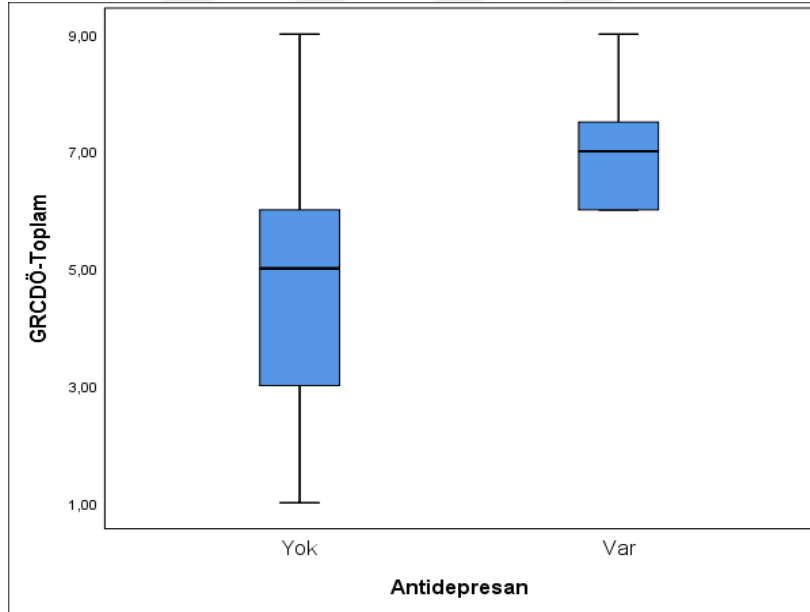
Antidepresan kullananların GRCDÖ Toplam, Sıklık, Kaçınma ve Dokunma değerleri Antidepresan kullanmayanlara göre daha yüksektir (sırasıyla $p=0,022$; $p=0,0$; $p=0,033$; $p=0,033$) (Tablo 13, Şekil 9).

Tablo 13. Antidepresan Kullanımı ile GRCDÖ, ÇUÖ, BAÖ ve Brief QoL.BD Değerleri Arasındaki İlişki

	Antidepresan						p
	Yok			Var			
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
GRCDÖ-Toplam	4,66	±2,11	5,00	6,57	±1,90	7,00	0,022**
GRCDÖ-Sıklık	4,73	±1,92	5,00	6,57	±,98	7,00	0,010**
GRCDÖ-İletişim	4,34	±2,36	4,00	5,00	±3,21	5,00	0,612
GRCDÖ-Doyum	3,27	±1,54	3,00	4,86	±2,34	4,00	0,082
GRCDÖ-Kaçınma	3,89	±2,22	4,00	5,86	±1,57	6,00	0,032**
GRCDÖ-Dokunma	3,89	±2,32	4,00	5,86	±2,04	6,00	0,033**
GRCDÖ-Empotans	4,41	±1,72	5,00	6,00	±.	6,00	0,259
GRCDÖ-Erken boşalma	5,55	±1,84	6,00	3,00	±.	3,00	0,141
GRCDÖ-Vajinismus	5,68	±1,75	6,00	7,00	±1,55	7,00	0,098
GRCDÖ-Anorgazmi	3,61	±1,60	4,00	3,83	±,98	3,50	0,626
ÇUÖ-Toplam	110,10	±20,90	115,00	93,43	±35,04	98,00	0,261
ÇUÖ-Memnuniyet-Doyum	35,43	±7,93	36,00	32,86	±12,24	33,00	0,704
ÇUÖ-Fikir Birliği	52,01	±10,80	53,00	43,00	±12,99	43,00	0,065
ÇUÖ-Bağlılık	13,87	±4,20	13,50	10,86	±7,29	12,00	0,401
ÇUÖ-Duygusal İfade	8,94	±2,49	9,50	6,57	±4,31	8,00	0,114
BAÖ	147,40	±27,38	147,00	130,86	±34,14	122,00	0,140
Brief QoL.BD	43,83	±10,70	46,00	34,14	±14,67	29,00	0,094

Mann Whitney U Testi p<0,01 *, p<0,05**

Şekil 9



5. TARTIŞMA

Çalışmamızın ana amacı BB tanılı hastalarda remisyon sırasında beden algısı ile cinsel işlevler ve çift uyumunun ilişkisi ve cinsel işlevler ve çift uyumunun birbiri üzerine etkisini, ayrıca BB tanılı hastalarda beden algısının bozulup bozulmadığını araştırmaktı. Çalışmamızda sosyodemografik veriler, hastalık başlangıcı ve seyri, cinsel işlevler, çift uyumu ve beden algısını değerlendirmek için yapılan klinik görüşmenin ardından öz bildirim ölçekleri uygulandı. Ayrıca beden algısını değerlendirmede kullandığımız BMI değerini hesaplayabilmek için hastaların boy ve kilo ölçümleri yapıldı.

Çalışmaya 30 erkek (% 37,5) ve 50 kadın (% 62,5) olmak üzere toplam 80 hasta alındı. Çalışmaya katılanların yaşı 19 ile 64 arasında değişmekle birlikte yaş ortalaması $42,93 \pm 9,70$ yılı. Erkeklerin yaş ortalaması $45,97 \pm 11,09$ yıl iken kadınların yaş ortalaması $41,10 \pm 8,36$ yılı. Yaş ortalaması ülkemizde BB tanılı hastalarla yapılan benzer çalışmalarla uyumluydu (4).

Medeni durumları açısından 76 tane evli, 4 tane bekar hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların cinsel işlev ve çift uyumunu değerlendirebilmek için evli olmaları ve ya aynı partnerle belli bir süredir birlikte yaşıyor olmasına dikkat edildi. Evlilik ve ya birliktelik süreleri 1 yıl ile 39 yıl arasında değişmekle birlikte ortalama $17,21 \pm 10,58$ yılı. Ön görüşmeler sırasında BB tanılı hastaların boşanma oranlarının yüksek olması ve evli olmayanların düzenli cinsel partnerlerinin olmaması dikkat çekmişti. Evli olmayan BB tanılı hastaların düzenli cinsel partnerlerinin olmayışı ve aslında düzenli cinsel partneri olanların da dile getirememesi bizim yaşadığımız kültürle alakalı olabileceğini düşündürdü.

Çalışmaya katılanların eğitim düzeyi irdelendiğinde 32 (% 40) kişinin ilkokul mezunu ve ya okur yazar olduğu, 14 (% 17,5) kişinin ortaokul mezunu, 2 (% 2,5) kişinin lise ve dengi okullar mezunu, 12 (% 15) kişinin üniversite ve ya ön lisans diplomasına sahip olduğu görüldü. Hastaların 54'ünün (% 67,5) çalışmıyor, 26'sının (% 32,5) düzenli bir işte çalışıyor olduğu saptandı. Bu veriler ülkemizde BB tanılı hastalarla yapılan sosyodemografik çalışmalarla uyumlu idi (188,189).

BB başlangıç yaşı için geniş bir aralık veren çalışmalar olmakla beraber bizim çalışmamızda $28,60 \pm 9,86$ yılı (18,31). Hastaların % 78'inde ilk atak mani, % 16,25'i

depresyon , % 2'sinde karma, % 2'sinde ise hipomani idi. Bu oranlar ülkemizde yapılmış olan ilk atağın % 70 mani, % 30 depresyonla başladığını bildiren başka bir çalışma ile uyumluydu (190).

Bizim çalışmamızda bulunan ataklara psikotik belirti eşlik etme oranı % 61,25 bulundu. Literatüre bakıldığında 352 tane BB-I hastası ile yapılan bir çalışmada ataklarda psikotik belirti oranı % 68 olarak bulunmuştur (191). Goodwin ve Jamison tarafından yapılan bir gözden geçirme çalışmasında ise BB tanılı hastalarda yaşam boyu psikotik semptom ortaya çıkma olasılığı % 58 olarak bildirilmiştir (25).

Çalışmamızda hastalar arasında % 41,25 oranında sigara kullanımı ve % 32,5 oranında hipertansiyon, diabetes mellitus, hipotiroidizm gibi ek tıbbi hastalıklar bulunmaktaydı. 2014 yılında yapılan lityum kullanan remisyonunda BB tanılı hastalarla yapılan çalışmada bu oran % 22'nin üzerinde nikotin bağımlılığı ve % 18 'in üzerinde hipotiroidizm, hipertansiyon, diabetes mellitus gibi kronik fiziksel hastalık eşlik etmesi şeklindeydi (192).

Çalışmamızda yaşam boyu intihar girişimi % 21,25 oranında çıkması önceki çalışmalarla uyumludur. Ülkemizde yapılmış çalışmalarda Bipolar bozuklukta intihar girişimi sıklığı, % 7,5 ile % 70 arasında bildirilmiştir (189,193,194). Çalışmalarda alınan kişi sayının artmasıyla intihar girişimi oranının azaldığı dikkat çekmektedir (193). Çalışmamızın sosyodemografik verileri ülkemizde yapılan diğer epidemiyolojik çalışmalarla benzer özellikler göstermiştir.

Çalışmamızda BB tanılı hastaların cinsel işlev bozukluğu açısından değerlendirilmesi GRCDÖ (Golombuck Rust Cinsel Doyum Ölçeği) ile yapılmıştır. GRCDÖ den alınan ham puanlar standart puanlara dönüştürüldükten sonra GRCDÖ toplam standart puanı 5 ve üzeri olanlarda CİB var denilmiştir. Yine ham puanların standart puanlara dönüştürülmesiyle elde edilen puanlardan 5 ve üzeri puan olan alt boyutlarda sorun olduğu şeklinde belirlenmiştir. Bu şekilde hesaplandığında bizim çalışmamızda BB tanılı hastalarda CİB sıklığı % 55 gelmiştir. Cinsiyete göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise erkekler için % 66,67 ve kadınlar için % 48 bulunmuştur. Kendisinde herhangi bir cinsel sorun olduğunu düşünen hasta oranı % 25 iken CİB görülme oranının % 55 gelmesi aslında hastaların cinsel işlevler ile ilgili bilgilendirme ve farkındalığının düşük olduğunu göstermiştir. 1987 yılında yapılan BB tanılı hastalarda cinsel fonksiyonların değerlendirildiği başka bir çalışmada kadın hastaların yaklaşık % 25'inde ve

erkek hastaların üçte birinde CİB saptandığı belirtilmiştir (195). Aizenberg ve ark. tarafından BPB ve Şizoaffektif bozukluk tanılı erkek hastalarda yapılan çalışmada hastaların % 31,4'ünde CİB varlığı saptanmıştır (196). Klinik olarak remisyonda BB tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada CİB sıklığı % 36,5 ti. Aynı çalışmada cinsiyetler açısından bakıldığında erkeklerin üçte biri ve kadınların yaklaşık yarısında cinsel işlev bozukluğu saptandı (192). Yapılan bir çalışmada CİB sıklığı bipolar bozukluk grubunda (% 16,67-30) en düşük ve şizofreni grubunda (% 27,77 ila % 50'ye kadar) en yüksek iken, depresif bozukluk grubunda % 30 ile % 40 arasında olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada CİB sıklığını etkileyen faktörlerden birinin değerlendirme yöntemi olmakla beraber bazı çalışmalarda yarı yapılandırılmış anketler kullanılırken, diğerlerinde yalnızca klinik soruların kullanmasına bağlanmıştır (197). Ankara'da yapılan ve olguların sistematik örnekleme ile rasgele seçildiği ancak cinsel işlev bozukluğunu değerlendirmede farklı bir testin kullanıldığı çalışmada cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı % 48,3 olarak saptanmıştır (198).

Çalışmamızda ise GRCDÖ alt boyutları incelendiğinde (alt boyutlarda 5 ve üzeri standart puan bozukluk açısından anlamlı kabul edildiğinde) erkek hastalarda erken boşalma, kadın hastalarda ise vajinismus ve sıklık alanlarında belirgin bozukluk saptanmıştır. Ülkemizde yapılan ve BB tanılı hastalarda cinsel işlevleri değerlendiren bir çalışmada ise GRCDÖ alt ölçeklerinde kadın hastalarda dokunma, doyum ve anorgazmi alt boyutlarında, erkek hastalarda ise erken boşalma, empotans ve doyum alanlarında belirgin bozulma saptanmıştır (199). Hariri ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile uyumlu olarak bizim çalışmamızda da GRCDÖ alt boyutlarından erkeklerde erken boşalma en yüksek oranı alırken kadınlarda vajinismus en yüksek oranı almıştır (200). 2015 yılında BB tanılı hastaların cinsel işlev bozukluğu ve çift uyumunun sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı başka bir çalışmada ise GRCDÖ alt boyutlarında erkeklerde sıklık ve erken boşalma, kadınlarda ise iletişim alt boyutunda belirgin bozulma saptanmıştır (4).

Bizim çalışmamızda ise erektil disfonksiyon oranı % 63,3 bulunmuştur. Ülkemizde geniş örneklem sayısı ile BB tanılı hastalarda cinsel işlevler üzerine yapılan bir çalışmada erkek hastalarda % 52 oranında erektil disfonksiyon saptanmıştır (201). Başka bir çalışmada ise küçük bir bipolar erkek hasta grubunda (n=29) erektil işlev bozukluğu sağlıklı kontrollerle benzer oranda bulunmuştur (200). Tipik ve atipik antipsikotik ilaçların remisyonda BB tanılı hastalarda CİB üzerine etkisini araştıran bir çalışmada erektil disfonksiyon örneklem popülasyonunun % 42'sinde mevcuttu ve bildirilen en yaygın cinsel işlev bozukluğuydu ve bu

tipik olarak atipik antipsikotiklerde anlamlı olarak daha yüksekti (202). Bizim çalışmamızda daha yüksek erektil disfonksiyon oranı bulunmasının sebebi bu çalışmaya göre daha yüksek yaş grubunun alınmış olması olabilir. Ayrıca bizim çalışmamızda birbirine yakın oranda bulunmakla birlikte erkek hastalarda erken boşalma erektil disfonksiyondan daha yüksek sıklıkta gözlenmiştir (% 66,67).

Çalışmamızda antidepresan ilaç kullanımı ile GRCDÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanması cinsel işlev bozukluğu ile antidepresan ilaç ilişkisini desteklemektedir. GRCDÖ sıklık, kaçınma ve dokunma alanlarında sorun varlığı ile antidepresan ilaç ilişkisi ise literatürle uyumlu olarak antidepresan ilaç kullanımına bağlı cinsel istek azalmasını desteklemektedir. Literatüre bakıldığında depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların cinsel isteği azaltabildiği ve cinsel işlevlerde bozulmaya neden olabildiği gösterilmiştir (203). Antidepresan ilaçlara bağlı cinsel işlev bozukluğunun araştırıldığı bir çalışmada antidepresan kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluğu % 25-80 aralığında bulunmakla birlikte cinsel yanıt döngüsünde en sık gözlenen bozukluklar, istek, uyarılma ve orgazm aşamasında gözlenmiştir (204).

Cinsel işlev bozukluğu ile ilgili verilerin değişen oranlarda olması eşte cinsel sorun varlığı sorgulanıp sorgulanmaması, ölçekler arası farklılıklar, hastalık süresi, kişide eşlik eden ve cinsel işlev bozukluğuna yol açabilecek tıbbi sorunlar gibi heterojen sebeplerden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda GRCDÖ ile ÇUÖ toplam puanları arasındaki ve ayrı ayrı alt ölçekler arasındaki ilişkiye bakılmıştır. GRCDÖ ile ÇUÖ toplam puanları arasında kadınlarda negatif yönlü ilişki saptanırken, erkeklerde anlamlı ilişki saptanmamıştır. Alt ölçeklere bakıldığında erkeklerde ÇUÖ memnuniyet-doyum ile sadece GRCDÖ doyum arasında negatif yönlü korelasyon varken kadınlarda ÇUÖ doyum ile GRCDÖ doyum, kaçınma, dokunma, anorgazmi ve vajinismus alt boyutlarında negatif korelasyon gözlenmiştir. Her iki cinsiyette GRCDÖ sıklık ve iletişim alt boyutlarının ÇUÖ memnuniyet-doyum alt boyutu ile anlamlı ilişki içinde olmaması dikkat çekmiştir. Literatüre bakıldığında CİB'in BB tanıli hastalar üzerindeki etkisi hakkında bilgi yetersiz olmakla birlikte CİB olan BB tanıli hastalarda memnuniyetsizlik ve olumsuz çift uyumu bildirilmiştir (4,192).

Çalışmamızda GRCDÖ sıklık alt boyutu sadece kadınlarda çift uyumu ile ilişkiliydi. Hastaların % 75'inin remisyonda olduğu, bipolar hastaların ve eşlerinin işlevlerini inceleyen çalışmalardan birinde hem erkekler hem de kadınlar için cinsel aktivite sıklığında azalma evlilik uyumunda ortaya çıkan en ciddi problemlerdendi (205). GRCDÖ kaçınma alt boyutu erkeklerde ÇUÖ toplam ve alt boyutları ile anlamlı ilişki göstermemiştir. Benzer bir sonucun genel popülasyonla yapılan bir çalışmada (206) kaçınmanın ÇUÖ alt boyutları ile korelasyonunun kadınlara göre daha düşük bulunması BB hastalarının cinsellik ve çift uyumu açısından sağlıklı kontrollere yakın olduğunun desteklendiği çalışmalarla (4) uyumludur. GRCDÖ dokunma alt boyutu hem kadın hem erkeklerde ÇUÖ toplam ve alt boyutları ile negatif yönde korelasyon göstermiştir. Dokunma kişiler arası yakınlıkta önem taşır, yakınlık ise cinsel doyum için önemlidir, bu bağlamda dokunmanın cinsel doyumla ilişkili çıkması beklenen bir durumdur. GRCDÖ empotans ve erken boşalma alt boyutları ÇUÖ toplam ve alt boyutları ile ilişkili bulunmamıştır. Ülkemizde BB tanılı hastaların cinsel işlev bozukluğu ve çift uyumunun değerlendirildiği başka bir çalışma ile uyumludur (4). Kadınlarda doyum ve anorgazminin tüm ÇUÖ alt boyutları ve toplam puanı ile negatif yönde ilişkili olması cinsel doyumun eşler arasındaki uyumla ilişkili olduğunu kanıtlamıştır (207). Cinsel doyumunu değerlendiren çalışmalar genel olarak BB'li hastaların cinsel yaşamlarından daha az memnun olduklarını göstermektedir. Elde edilen kanıtlar, BB hastaları ve eşleri arasında evlilikle ilgili konularda sınırlı miktarda veri bulunduğunu göstermektedir. Gelecekteki çalışmalar, hastalar ve eşleri arasındaki evliliğin daha istikrarlı olması için sorunları anlamaya yönelik tasarlanmalıdır. BB'li hastaların eşleri de bakıcı rolünü üstlenir ve hastalara sosyal destek sağlar. Bu nedenle, BB hastaları ve eşleri arasındaki evlilik uyumunu ve cinsel tatmini anlamak, hastalığın sonucunun iyileştirilmesine de yardımcı olabilir. Buna göre, evliliğin ve bununla ilgili konuların çeşitli yönlerini ele alan örneklem büyüklüğü daha fazla olan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda BB tanılı hastalarda beden algısı ile cinsel işlev bozukluğu ve çift uyumu arasındaki ilişki de değerlendirilmiştir. BB tanılı hastalar arasında fazla kilo, obezite ve yeme bozukluğunun yaygın olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (208,209). 356 BB hastanın dahil edildiği bir çalışmada yeme bozukluğu % 5,3'tü, bunların % 57,9'unda Bulimia Nervoza ve % 42,1'inde Anoreksiya Nervoza vardı. Ayrıca aynı çalışmada yeme bozukluğu hastalarının% 94,7'si kadın olduğu gözlemlendi (210). Altta yatan etiyolojik nedenler çok bilinmemekle birlikte BB'de en yaygın yeme bozukluğu tıknırcasına yeme bozukluğudur. Tıknırcasına yeme bozukluğunun etiyolojisinde büyük ölçüde BB'de olan dürtü kontrol

bozukluğu ve duygulanım bozukluğu etiyojisine benzer sebepler olabileceği düşünülmüştür (211). BB tanıli hastalarda subsendromal belirtilerin değerlendirildiği bir çalışmada ötimik hastalarda yeme bozukluğu sıklığı % 4,5 bulunmuştur. Bunlar içinde ise tıknırcasına yeme bozukluğu (% 2,3) ve Bulimia Nervosa (% 2,3) eşit sıklıkta bulunmuştur. Aynı çalışmada BB tanıli subsendromal hastalarda ise tıknırcasına yeme bozukluğunun en sık görülen yeme bozukluğu olduğu gösterilmiştir (212). Fazla yeme sorunu olan hastalar, kısıtlayıcı tipte yeme bozukluğu olan hastalara göre daha yüksek dürtüsellik düzeyine, daha yüksek dürtüsel davranışlara (kendine zarar verme, madde kötüye kullanımı, hırsızlık gibi) ve B küme kişilik bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, madde kullanımı bozuklukları gibi eşlik eden psikiyatrik bozukluklara sahiptir (213,214,215). Yapılan bir çalışmada BB’de aşırı kilo ve obezitenin ortaya çıkışında cinsiyet, eşlik eden tıknırcasına yeme bozukluğu, yaş, kullanılan psikotropik ilaçlar, obeziteye sebep olabilecek tıbbi bozukluklar ve alışkanlıklar gibi değişkenlerin mevcut olabileceği bildiriliyordu (209). Obezitenin fiziksel, ekonomik, sosyal, ailesel, duygusal ve davranışsal sonuçları olmakla birlikte en yaygın psikolojik sorunlardan biri beden algısındaki bozulmadır (216). Tıknırcasına yeme bozukluğunda vücut imajı bozukluğunun bilişsel ve duygusal bileşen açısından araştırıldığı bir çalışmada tıknırcasına yeme bozukluğu tanıli hastalar vücut görüntüsünün hem bilişsel hem duygusal bileşeni açısından kontrol grubundan önemli ölçüde daha fazla bozukluk göstermiştir (217). Obezite ve beden algısı ilişkisinin incelendiği çalışmalar BMI artışı ile beden algısının ters yönde ilişkili olabileceğini vurgulamıştır (218). Çalışmamızda da hastaların BMI’leri değerlendirildi, ortalama BMI değerleri $30,11 \pm 5,13$ tü. Şizofreni, BB ve Şizoaftif Bozukluk tanıli hastalarla yapılan beden algısı ile vücut ağırlığı ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışma (14) ile uyumluydu(BMI: 28.04 ± 5.21).

Bizim çalışmamızda BMI ile BAÖ arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Yapılan benzer bir çalışmada da (14) beden algısı ve BMI arasında çok zayıf bir ilişki bulunması aslında beden imajı ve kilo ile ilgili memnuniyet düzeyinin birbirine yakın ancak farklı yapılar olduğunu, beden imajının sadece kilo artışı ile genellenmemesi gereken, psikolojik ve kültürel yönleri olan, benlik saygısı gibi diğer faktörleri de içeren kişilerarası ilişkide etkili bir konu olduğunu göstermiştir. BB tanıli hastalarda tıknırcasına yeme bozukluğu ve vücut ağırlığının psikososyal uyumla ilişkisine bakılan bir çalışmada ortalama BMI yüksekliğine rağmen ((mean BMI= 25.6) beden algısı puanlarının da yüksek olduğu gözlenmiştir (15). Obez bireylerde beden imaj bozukluğu ile ilgili bir çalışmada beden imajı memnuniyetsizliği, depresif belirtiler ve daha düşük benlik saygısıyla anlamlı derecede ilişkili gözlenirken BMI

ile ilişkisi gözlenmemiştir (219). BB tanılı hastalarda benlik saygısında bozulma, sosyal izolasyon, toplumsal damgalanma nedeniyle de özgüven de azalma olabilmektedir (200).

Çalışmamızda beden algısı ile CİB ilişkisi değerlendirmek amacıyla baktığımız GRCDÖ toplam puanı ile BAÖ arasında her iki cinsiyette de anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında ülkemizde ve yurt dışında duygudurum bozukluğu tanılı hastalarda beden algısının cinsel işlev bozukluğu ve çift uyumu ile ilişkisini değerlendiren başka bir çalışma bulunmadığı gözlenmektedir. Bildiğimiz kadarıyla BB tanılı hastalarda cinsel işlev bozukluğu ve beden algısı arasındaki ilişkiye ilk biz bakmış bulunmaktayız, her ne kadar hipotezlerimizde olsa da bizim çalışmamızda cinsel işlev bozukluğu ile beden algısı arasında anlamlı ilişki bulunmadığı gözlenmektedir. Genel popülasyonda cinsel işlev bozukluğu ile beden algısı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği, GRCDÖ ve BAÖ'nün kullanıldığı çalışmalara bakıldığında artan GRCDÖ toplam puanı ile BAÖ toplam puanı arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon olduğu gözlenmiştir. Aynı çalışmada kadınlarda GRCDÖ alt boyutlarından sıklık, iletişim, kaçınma, vajinismus ve anorgazmi ile BAÖ arasında anlamlı ilişki saptanırken erkeklerde sıklık, iletişim, kaçınma ve empotans alt boyutları ile BAÖ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (220). Genel popülasyonda beden imajı ile cinsel doyum arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada beden imajının cinsel işlev bozuklukları için bir yordayıcı olmadığı, cinsel işlev bozukluklarının benlik saygısı ile daha sık ilişkili olduğu sonucuyla desteklenmektedir (221).

Çalışmamızda baktığımız GRCDÖ alt ölçeklerinden ise kadınlarda kaçınma ve dokunma ile BAÖ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Kadınlarda beden algısı ile cinsel işlev bozukluğunu genel popülasyonda değerlendiren başka bir çalışmada olumsuz beden algısının kadınlarda cinsel istek ve uyarılmada sorun yaratabileceği ifade edilmiştir (222). Cinsel işlev bozukluğu olan kadınlarda beden farkındalığının cinsel uyarılma ile ilişkisine bakılmış bir çalışmada zihinsel ve fiziksel cinsel uyarılmanın beden farkındalığı ile değiştiği gösterilmiştir (223).

Bizim çalışmamızda beden algısı ile çift uyum alt ölçekleri arasındaki korelasyona bakıldığında kadınlarda erkeklere göre beden algısının çift uyumu ile daha fazla ilişkisi olduğu gözlenmiştir. Ayrıca çalışmamızda kadınların beden algısından memnuniyet puanları aralarında anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte erkeklere göre daha düşüktü. Literatüre bakıldığında duygudurum bozukluğu olan hastalarda çift uyumu ile beden algısının

karşılaştırıldığı benzer bir çalışma bulunmadığı gözlenmiştir. Genel popülasyonda geniş bir katılımcı grubunda yapılan başka bir çalışmada da kadınların beden algılarına yönelik memnuniyetsizlik ve kaygılarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştı. Yine aynı çalışmada kadınların beden imajının sosyal yönlerine daha fazla odaklanmış görüldüğü ve görüşlerini başkalarının görüşleri ile daha sık karşılaştırdıkları, erkeklerden daha sık sosyal kaygı bildirdikleri belirtiliyordu (221).

Literatürde beden algısı ile ilgili yapılan araştırmalara baktığımızda farklı ruhsal bozukluk tanılarına sahip hastalar arasında yapılan bir çalışmada da zihinsel bozukluğu olan kadınların beden algısı toplam puanı erkeklerden daha düşük bulunmuş ve cinsel doyumla arasındaki korelasyon erkeklerden önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (224).

Literatürde ruhsal bozukluklar içerisinde beden algısı ile ilgili çalışmaların sıklıkla yeme bozukluğu tanılı hastalar ile yapıldığını gözlemledik. Yeme bozukluğu hastalarında evlilik memnuniyeti ve beden algı bozuklukları ile ilgili yapılan bir çalışmada ise evlilik memnuniyeti yaş, BMI, benlik saygısı ve cinsiyet ile vücut memnuniyetsizliği arasında anlamlı ilişkili bulunmuştur (225). Yeme bozukluğu olan çiftlerin evlilik uyumu ile ilgili bir çalışmada ise yeme bozukluğu olan çiftler, normal kontrollere göre daha az evlilik memnuniyeti, daha az evlilik uyumu ve daha az kaliteli kişilerarası ilişkiler göstermiştir, ancak yeme bozukluğu olan çiftlerle yeme bozukluğu olmayan psikiyatrik çiftler arasında fark gözlenmemiştir (226).

Çalışmamızda ayrıca BB tanılı hastalarda GRCDÖ, BAÖ ve ÇUÖ ile bipolar hastalar için kısa yaşam kalitesi ölçeği arasındaki korelasyonlara da bakılmıştır. Bizim çalışmamızda BAÖ ile Brief QoL.BD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır, yani beden algısından memnuniyet düzeyi ile yaşam kalitesinde artış gözlenmektedir. GRCDÖ puan artışı ile Brief QoL.BD puan artışı arasındaki negatif korelasyon ise cinsel işlev bozukluğunun yaşam kalitesine olumsuz etki gösterdiğini kanıtlamıştır. ÇUÖ ile Brief QoL.BD arasındaki aynı yönlü korelasyon ise çift uyumunun olumlu seyretmesinin yaşam kalitesini arttırdığını göstermiştir. Yaşam kalitesi, vücut imgesi ve cinsel yaşam kalitesinin anlamlı pozitif korelasyon gösterdiğini bildiren çalışmalar mevcuttur (227). Ruhsal bozuklukları olan hastalardan farklı tanı grupları ile yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi ve beden algısı toplam puanları arasında oldukça güçlü bir korelasyon var iken olumlu vücut algısı ile cinsel tatmin için orta düzeyde bir korelasyon saptanmıştır (224). Araştırmalar, bedenle ilgili deneyimlerin

insan gelişimi ve yaşam kalitesi üzerinde kapsamlı etkileri olduğunu ve bireyin dünyada kendisini nasıl deneyimlediğinin merkezi bir bileşeni olarak beden imajının çok çeşitli psikopatolojilerde önemli bir konu olduğunu göstermiştir (228).

6. KISITLILIKLAR

1. Kesitsel bir çalışma olması ve yalnızca remisyonunda Bipolar Bozukluk tanılı hastaların dahil edilmesi
2. DSM-V kriterlerine göre BB tanısı olan ve komorbid bozukluğu olmayanların alınmış olması
3. Sağlıklı Kontrol Grubunun Olmaması
4. Genel toplumda cinselliği konuşmanın halen mahrem kabul edilmesi nedeni ile kısıtlı veri elde edilmesi

7. SONUÇLAR

1. Çalışmamızda BB tanılı hastalarda CİB sıklığı % 55 bulunmuştur.
2. GRCDÖ alt ölçeklerinde kadın hastalarda dokunma, doyum ve anorgazmi alt boyutlarında, erkek hastalarda ise erken boşalma, empotans ve doyum alanlarında belirgin bozulma saptanmıştır.
3. GRCDÖ, ÇUÖ ve BAÖ ile Brief QoL.BD arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.
4. GRCDÖ toplam ile ÇUÖ toplam puanları arasında kadınlarda negatif yönlü ilişki saptanırken, erkeklerde anlamlı ilişki saptanmamıştır.

5. BMI ile BAÖ, ÇUÖ ve Brief QoL.BD arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

6. BAÖ ile GRCDÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.(Yani cinsel işlev bozukluğu ile beden algısından memnuniyet arasında ilişki saptanmamıştır.)

7. BAÖ ile ÇUÖ arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır(Beden algısından memnuniyet ile çift uyumu aynı yönlü korelasyon göstermektedir.)



KAYNAKÇA

1. Keck PE Jr, McElroy SL, Arnold LM. Bipolar disorder. Med Clin North Am. 2001;85(3):645-ix. doi:10.1016/s0025-7125(05)70334-5.
2. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. Lancet. 2016;387(10027):1561-1572. .
3. Miller TH. Bipolar Disorder. Prim Care. 2016;43(2):269-284.
4. Namlı, Zeynep, et al. Bipolar Bozuklukta Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry, 2016, 8.4: 309-320.
5. Vieta, E., et al. Subsyndromal depressive symptoms in patients with bipolar and unipolar disorder during clinical remission. Journal of affective disorders, 2008, 107.1-3: 169-174.
6. McCabe, Marita P., et al. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. The journal of sexual medicine, 2016, 13.2: 135-143.
7. Macdonald, S., et al. Nithsdale Schizophrenia Surveys 24: sexual dysfunction: case-control study. The British Journal of Psychiatry, 2003, 182.1: 50-56.
8. De Boer, Marrit K., et al. The facts about sexual (Dys) function in schizophrenia: an overview of clinically relevant findings. Schizophrenia bulletin, 2015, 41.3: 674-686.
9. Mcmillan, Elizabeth, et al. Sexual functioning and experiences in young people affected by mental health disorders. Psychiatry Research, 2017, 253: 249-255.
10. Arslan, Mehmet, et al. Erkek bipolar bozukluk hastaları ve sağlıklı eşlerinde cinsel işlevlerin değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2019, 20.3: 245-252.
11. Grover, Sandeep; Nehra, Ritu; Thakur, Anita. Bipolar affective disorder and its impact on various aspects of marital relationship. Industrial psychiatry journal, 2017, 26.2: 114.
12. Kopeynika, Irina, et al. Hypersexuality and couple relationships in bipolar disorder: a review. Journal of affective disorders, 2016, 195: 1-14.
13. Mazza, Marianna, et al. Sexual behavior in women with bipolar disorder. Journal of affective disorders, 2011, 131.1-3: 364-367.

14. Al-Halabi, Susana, et al. Psychometric properties of the Spanish version of the Body Weight, Image and Self-Esteem Evaluation questionnaire in patients with severe mental disorders. *Comprehensive psychiatry*, 2012, 53.8: 1237-1242.
15. Castrogiovanni, Silvia, et al. Binge eating, weight gain and psychosocial adjustment in patients with bipolar disorder. *Psychiatry research*, 2009, 169.1: 88-90.
16. Prevalence and correlates of bipolar disorders in patients with eating disorders, *Journal of Affective Disorders* 190 (2016) 599–606.
17. Poggiogalle E, Di Lazzaro L, Pinto A, et al. Health-related quality of life and quality of sexual life in obese subjects. *Int J Endocrinol* 2014;2014:847871.
18. Yeloğlu, Çağdaş Hünkar. Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2017, 8.30: 41-54.
19. Khan, O., & Youssef, N. A. (2018). A brief history of polarity in mood and its diagnostic evolution. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 30(1), 61-66., (Benjamin James Sadock, M.D. Virginia AL.
20. Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (Onüçüncü baskı)*, Ankara: Tuna Matbaacılık.
21. Sadock, B. J. ve Sadock, V. A. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. basım yeri bilinmiyor : Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
22. Angst, Jules; Sellaro, Robert. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological psychiatry*, 2000, 48.6: 445-457.
23. Kraepelin E. *Psychiatrie von E. Kraepelin*. 6th ed. J.A. Barth Leipzig; 1899.
24. Oral T. *İki uçlu bozukluk*. İstanbul: WPA serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002;441-503.
25. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University, 1990.
26. Effects of personality functioning on the global functioning of patients with bipolar disorder I. Kizilkurt, O. K., ve diğerleri. 2018, *Psychiatry research*, s. 266, 309-316.
27. Goodwin FK, Jamison KR.(Introduction) *Manic-Depressive Illness. Bipolar Disorders and Recurrent* .
28. Işık, Erdal. *Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar*. Ankara : Ziraat Gurup Matbaacılık, 2013.

29. Gureje O, Lasebikan VO, Kola L, Makanjuola VA. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and well-being. *Br J Psychiatry* 2006; 188:465-71.
30. Cederlöf M-, Larsson H-, Lichtenstein P, Almqvist C, Serlachius E, Ludvigsson JF. Nationwide population-based cohort study of psychiatric disorders in individuals with Ehlers-Danlos syndrome or hypermobility syndrome and their siblings. *BMC Psychiatry* 201.
31. Sadock, B. J. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. A. Bozkurt, Çev. Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi. Duygudurum Bozuklukları, 2016.
32. Blanco, C. et al. Epidemiology of DSM 5 bipolar I disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions — III. *J. Psychiatr. Res.* 84, 310–317 (2017).
33. Ertan, T. (2008). Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu (Eds M Uğur, İ Balcıoğlu, N Kocabaşoğlu), 25-30.
34. Michael Bauer-Andrea Pfening, 2005. *Epidemiology Of Bipolar Disorders*.
35. Costello EJ, Pine DS, Hammen C, et al. Development and natural history of mood disorders. *Biol Psychiatry* 2002;52:529–42.
36. Merikangas, Kathleen R., et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of general psychiatry*, 2007, 64.5: 543-552.
37. McDonald WM, Nemeroff CB. The diagnosis and treatment of mania in the elderly. *Bull Menninger Clin* 1996;60:174–96.
38. Vieta, Eduard, et al. Bipolar disorders. *Nature reviews Disease primers*, 2018, 4.1: 1-16.
39. Sigitova, Ekaterina, et al. Biological hypotheses and biomarkers of bipolar disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 2017, 71.2: 77-103.
40. Smoller, Jordan W.; Gardner-Schuster, Erica. Genetics of bipolar disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2007, 9.6: 504-511.
41. Craddock, Nick; Jones, Ian. Genetics of bipolar disorder. *Journal of medical genetics*, 1999, 36.8: 585-594.
42. Taner, Ender; Yüksel, Nevzat. *Affektif Bozuklukların Genetiği*.
43. Perry, David C., et al. Association of traumatic brain injury with subsequent neurological and psychiatric disease: a meta-analysis. *Journal of neurosurgery*, 2016, 124.2: 511-526.

44. Uher, Rudolf. Gene–environment interactions in severe mental illness. *Frontiers in psychiatry*, 2014, 5: 48.
45. Somanath, C. P.; Jain, S.; Reddy, YC Janardhan. A family study of early-onset bipolar I disorder. *Journal of affective disorders*, 2002, 70.1: 91-94.
46. Spencer, Thomas J., et al. Parsing pediatric bipolar disorder from its associated comorbidity with the disruptive behavior disorders. *Biological Psychiatry*, 2001, 49.12: 1062-1070.
47. Barnett, Jennifer H.; Smoller, Jordan W. The genetics of bipolar disorder. *Neuroscience*, 2009, 164.1: 331-343.
48. Kakiuchi, Chihiro, et al. Association analysis of HSP90B1 with bipolar disorder. *Journal of human genetics*, 2007, 52.10: 794-803.
49. Szczepankiewicz, Aleksandra. Evidence for single nucleotide polymorphisms and their association with bipolar disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2013, 9: 1573.
50. Fernandes, B. S., et al. Decreased peripheral brain-derived neurotrophic factor levels are a biomarker of disease activity in major psychiatric disorders: a comparative meta-analysis. *Molecular psychiatry*, 2014, 19.7: 750-751.
51. Berk, M., et al. Dopamine dysregulation syndrome: implications for a dopamine hypothesis of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2007, 116: 41-49.
52. Dunlop, Boadie W.; Nemeroff, Charles B. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Archives of general psychiatry*, 2007, 64.3: 327-337.
53. Lener, Marc S., et al. Glutamate and gamma-aminobutyric acid systems in the pathophysiology of major depression and antidepressant response to ketamine. *Biological psychiatry*, 2017, 81.10: 886-897.
54. Cannon, Dara M., et al. Reduced muscarinic type 2 receptor binding in subjects with bipolar disorder. *Archives of general psychiatry*, 2006, 63.7: 741-747.
55. Barrosa, Izabela Guimarães, et al. Cytokines in bipolar disorder: paving the way for neuroprogression. *Neural plasticity*, 2014, 2014.
56. Modabbernia, Amirhossein, et al. Cytokine alterations in bipolar disorder: a meta-analysis of 30 studies. *Biological psychiatry*, 2013, 74.1: 15-25.
57. Bauer, Isabelle E., et al. Inflammatory mediators of cognitive impairment in bipolar disorder. *Journal of psychiatric research*, 2014, 56: 18-27.

58. Ekblad, Mikael, et al. Prenatal smoking exposure and the risk of psychiatric morbidity into young adulthood. *Archives of general psychiatry*, 2010, 67.8: 841-849.
59. Fisher, Helen L.; Hosang, Georgina M. Childhood Maltreatment and Bipolar Disorder: A Critical Review of the Evidence. *Mind & Brain, the Journal of Psychiatry*, 2010, 1.1.
60. Daruy-Filho, L., et al. Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2011, 124.6: 427-434.
61. Johnson, Sheri L., et al. Social support and the course of bipolar disorder. *Journal of Abnormal psychology*, 1999, 108.4: 558.
62. Kessler, Ronald C., et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of US workers. *American journal of psychiatry*, 2006, 163.9: 1561-1568.
63. Goldberg, Joseph F.; Harrow, Martin. Consistency of remission and outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a 10-year prospective follow-up. *Journal of affective disorders*, 2004, 81.2: 123-131.
64. Morrison, James. *DSM-5 made easy: The clinician's guide to diagnosis*. Guilford Publications, 2014.
65. Morrison, James. *DSM-5 made easy: The clinician's guide to diagnosis*. New York : Guilford Publications, 2014.
66. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. Washington, DC : American Psychiatric Pub, 2013.
67. SM, Stahl. *Stahl'in temel psikofarmakolojisi*. T Alkın (Çev. Ed.), İstanbul: Tıp Kitabevi, 2015, 79.
68. Castle, David J. Bipolar mixed states: still mixed up?. *Current Opinion in Psychiatry*, 2014, 27.1: 38-42.
69. Ghaemi, S. Nassir; KO, James Y.; Goodwin, Fred er ick K. "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2002, 47.2: 125-134.
70. Hirschfeld, Robert; Lewis, Lydia; Vornik, Lana A. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *The Journal of*.
71. Azorin, Jean-Michel, et al. Characteristics and profiles of bipolar I patients according to age-at-onset: findings from an admixture analysis. *Journal of affective disorders*, 2013, 150.3: 993-1000.

72. Coryell, William, et al. Age of onset and the prospectively observed course of illness in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 2013, 146.1: 34-38.
73. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(2).
74. Baldessarini RJ, Tondo L, Baethge CJ, Lepri B, Bratti IM. Effects of treatment latency on response to maintenance treatment in manic-depressive disorders. *Bipolar Disord*. 2007;9(4):386-393. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00385.x.
75. Genewa, W. H. O., et al. The global burden of disease: 2004 update.[Google Scholar]. 2008.
76. Akiskal, Hagop S., et al. Switching from'unipolar'to bipolar II: an 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Archives of general psychiatry*, 1995, 52.2: 114-123.
77. van der Veen Wam, Renes JW, Kupka RW, Regeer EJ. De effectiviteit van medicamenteuze en psychotherapeutische behandeling van comorbide angststoornissen bij patiënten met bipolaire stoornis [The effects of pharmacological and psychotherapeutic treatment of.
78. Mazarini, Lorenzo, et al. Predominant polarity and temperament in bipolar and unipolar affective disorders. *Journal of affective disorders*, 2009, 119.1-3: 28-33.
79. Nivoli, A. M. A., et al. Bipolar disorder in the elderly: a cohort study comparing older and younger patients. *Acta psychiatrica scandinavica*, 2014, 130.5: 364-373.
80. MARTÍNEZ-ARÁN, Anabel, et al. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2004, 161.2: 262-270.
81. Vieta, E., et al. Subsyndromal depressive symptoms in patients with bipolar and unipolar disorder during clinical remission. *Journal of affective disorders*, 2008, 107.1-3: 169-174.
82. Nordentoft, Merete; Mortensen, Preben Bo; Pedersen, Carsten Bøcker. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of general psychiatry*, 2011, 68.10: 1058-1064.
83. Pompili, Maurizio, et al. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar disorders*, 2013, 15.5: 457-490.
84. Schaffer, Ayal, et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 2015, 17.1: 1-16.

85. Kupfer, D. J. (2004). Epidemiology and clinical course of bipolar.
86. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). Şahin D, Şimşek F,.
87. Gülsün, Murat; AK, Mehmet; Bozkurt, Ali. Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2009, 1.1: 68-79.
88. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış. Turkish.
89. World Health Organization. Developing sexual health programmes. WHO/RHR/HRP/10.22, 2010.
90. Köroğlu, Ertuğrul; Güleç, Cengiz; Şenol, S. Psikiyatri temel kitabı. Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın, 2007, 273.
91. Masters, William H.; Johnson, Virginia E. Human sexual response. 1966.
92. İncesu, C.; Yetkin, N. Cinsel İşlev Bozuklukları-İstanbul. Roche Monograf Serisi, 1999, 3: 26-29.
93. Kaplan, Helen Singer. Hypoactive sexual desire. Journal of sex & marital therapy, 1977, 3.1: 3-9.
94. Basson, Rosemary, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. Journal of Sex & Marital Therapy, 2001, 27.2: 83-94.
95. Sungur, Mehmet Z.; Gündüz, Anil. A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: critiques and challenges. The journal of sexual medicine, 2014, 11.2: 364-373.
96. Köroğlu, E. Psikiyatri Başvuru El Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013.
97. Laumann, Edward O.; Paik, Anthony; Rosen, Raymond C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. Jama, 1999, 281.6: 537-544.
98. Nusbaum, Margaret RH; Hamilton, Carol. The Proactive Sexual Health History: Key to Effective Sexual Health Care. American Family Physician, 2002, 66.9: 1705.
99. Kennedy SH, Rizvi S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants.
100. Lewis, Ronald W., et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. The journal of sexual medicine, 2010, 7.4: 1598-1607.
101. Seftel, Allen D., et al. Office evaluation of male sexual dysfunction. Urologic Clinics of North America, 2007, 34.4: 463-482.

102. Miller TA. Diagnostic evaluation of erectile dysfunction. Am Fam Physician 2000;.
103. Tsertsvadze, Alexander, et al. Diagnosis and treatment of erectile dysfunction. Evidence report/technology assessment, 2009, 171.
104. Althof, Stanley E. Prevalence, characteristics and implications of premature ejaculation/rapid ejaculation. The Journal of urology, 2006, 175.3: 842-848.
105. Carson, C.; Gunn, K. Premature ejaculation: definition and prevalence. International journal of impotence research, 2006, 18.1: S5-S13.
106. Melnik, Tamara, et al. Psychosocial interventions for premature ejaculation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011, 8.
107. Serefoğlu, Ege C.; Saitz, Theodore R. New insights on premature ejaculation: a review of definition, classification, prevalence and treatment. Asian journal of andrology, 2012, 14.6: 822.
108. Şahin, Ezgi; Oskay, Ümran. Male Sexual Disfuctions and Current Therapeutic Approaches. Journal of Current Researches on Health Sector, 2018, 8.2: 383-396.
109. Wright, Jennifer J.; O'Connor, Kim M. Female sexual dysfunction. Medical Clinics, 2015, 99.3: 607-628.
110. Wells, Barbara L. Nocturnal orgasms: females' perceptions of a "normal" sexual experience. Journal of Sex Education and Therapy, 1983, 9.2: 32-38.
111. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999;281(6):537-44.
112. Akarsu, R. H.; NK, Beji. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. Androloji Bülteni, 2016, 18.65: 134-137.
113. Yıldırım, Münevver Hacıoğlu. Vajinismusun Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri Açısından Diğer Cinsel İşlev Bozuklukları ile Karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2017, 20.1.
114. Cherner RA, Reissing ED. A psychophysiological investigation of sexual arousal in women with lifelong vaginismus. J Sex Med 2013;42:1605-14.
115. Ng ML Vaginismus- a disease, symptom or culture-bound syndrome? Sex Relation Ther 1999; 14: 9-13. 19.

116. Clayton, Anita H.; Juarez, Elia Margarita Valladares. Female sexual dysfunction. *Medical Clinics*, 2019, 103.4: 681-698.
117. Vanwesenbeeck, Ine; Ten Have, Margreet; DE Graaf, Ron. Associations between common mental disorders and sexual dissatisfaction in the general population. *The British Journal of Psychiatry*, 2014, 205.2: 151-157.
118. Samalin, Ludovic, et al. Residual symptoms and specific functional impairments in euthymic patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 2016, 18.2: 164-173.
119. Dell'Osso, Liliana, et al. Sexual dysfunctions and suicidality in patients with bipolar disorder and unipolar depression. *The Journal of Sexual Medicine*, 2009, 6.11: 3063-3070.
120. Fountoulakis, Konstantinos N., et al. Efficacy of pharmacotherapy in bipolar disorder: a report by the WPA section on pharmacopsychiatry. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 2012, 262.1: 1-48.
121. Elnazer, Hesham Y.; Sampson, Anthony; Baldwin, David. Lithium and sexual dysfunction: an under-researched area. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 2015, 30.2: 66-69.
122. Dols, Annemiek, et al. The prevalence and management of side effects of lithium and anticonvulsants as mood stabilizers in bipolar disorder from a clinical perspective: a review. *International clinical psychopharmacology*, 2013, 28.6: 287-296.
123. Kuba, Robert, et al. Sexual dysfunctions and blood hormonal profile in men with focal epilepsy. *Epilepsia*, 2006, 47.12: 2135-2140.
124. Herzog, A. G., et al. Differential effects of antiepileptic drugs on sexual function and hormones in men with epilepsy. *Neurology*, 2005, 65.7: 1016-1020.
125. Pacchiarotti, Isabella, et al. Hyperprolactinemia and medications for bipolar disorder: systematic review of a neglected issue in clinical practice. *European Neuropsychopharmacology*, 2015, 25.8: 1045-1059.
126. La Torre, A., et al. Sexual dysfunction related to drugs: a critical review. part V: α -blocker and 5-ARI drugs. *Pharmacopsychiatry*, 2016, 49.01: 3-13.
127. Schneck, Christopher D.; Thomas, Marshall R.; Gundersen, Doris. Sexual side effects associated with valproate. *Journal of clinical psychopharmacology*, 2002, 22.5: 532-534.
128. Montejo, Angel L., et al. Incidence or sexual dysfunction associated with antidepressant agents: A prospective multicenter study of 1022 outpatients. *The Journal of clinical psychiatry*, 2001.

129. Serretti, Alessandro; Chiesa, Alberto. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *Journal of clinical psychopharmacology*, 2009, 29.3: 259-266.
130. Waldinger MD. Psychiatric disorders and sexual dysfunction. *Handb Clin Neurol*. 2015;130:469-489. doi:10.1016/B978-0-444-63247-0.00027-4 .
131. Bag S, Akbas F. The Impact of Obesity on Sexual Functions and Dyadic Consensus in Patients with Obesity [published online ahead of print, 2020 May 11]. *Metab Syndr Relat Disord*. 2020;10.1089/met.2020.0012. doi:10.1089/met.2020.0012.
132. Di Vincenzo, Angelo, et al. Obesity, male reproductive function and bariatric surgery. *Frontiers in endocrinology*, 2018, 9: 769.
133. Montejo AL, Montejo L, Baldwin DS. The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry*. 2018;17(1):3-11. .
134. Shoraka, Hamidreza; Amirkafi, Ali; Garrusi, Behshid. Review of body image and some of contributing factors in Iranian population. *International journal of preventive medicine*, 2019, 10.
135. Spreckelsen, Paula von, et al. Negative body image: Relationships with heightened disgust propensity, disgust sensitivity, and self-directed disgust. *PloS one*, 2018, 13.6: e0198532.
136. Silva D, Feriani L, Viana MC. Depression, anthropometric parameters, and body image in adults: a systematic review. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2019 Jun 03;65(5):731-738.
137. King, Ian CC. Body image in paediatric burns: a review. *Burns & Trauma*, 2018, 6.1.
138. Yamamotova, Anna, et al. Dissatisfaction with own body makes patients with eating disorders more sensitive to pain. *Journal of pain research*, 2017, 10: 1667.
139. Sadibolova, Renata, et al. Distortions of perceived volume and length of body parts. *Cortex*, 2019, 111: 74-86.
140. Hosseini, Seyed Alireza; Padhy, Ranjit K. *Body Image Distortion*. 2019.
141. Price, Elfed Huw. A critical review of congenital phantom limb cases and a developmental theory for the basis of body image. *Consciousness and Cognition*, 2006, 15.2: 310-322.
142. Irvine, Kamila R., et al. Distorted body image influences body schema in individuals with negative bodily attitudes. *Neuropsychologia*, 2019, 122: 38-50.

143. Bearman, Sarah Kate, et al. The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of youth and adolescence*, 2006, 35.2: 217-229.
144. Grilo, Carlos M., et al. Teasing, body image, and self-esteem in a clinical sample of obese women. *Addictive Behaviors*, 1994, 19.4: 443-450.
145. Jang, Hye-Young; AHN, Jung-Won; Jeon, Mi-Kyeong. Factors affecting body image discordance amongst Korean adults aged 19–39 years. *Osong public health and research perspectives*, 2018, 9.4: 197.
146. Ahadzadeh, Ashraf Sadat, et al. Relationship between body mass index, body image, and fear of negative evaluation: Moderating role of self-esteem. *Health Psychology Open*, 2018, 5.1: 2055102918774251.
147. Babaoğlu, Kadir; Hatun, Şükrü. Çocukluk çağında obezite. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2002, 11.1: 8-10.
148. Damiano, Stephanie R.; Hart, Laura M.; Paxton, Susan J. Development and validation of parenting measures for body image and eating patterns in childhood. *Journal of eating disorders*, 2015, 3.1: 5.
149. Bolton MA, Lobben I, Stern TA. The impact of body image on patient care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010;12(2).
150. Kremer I, Orbach I, Rosenbloom T. Body image among victims of sexual and physical abuse. *Violence Vict*. 2013;28(2):259-73.
151. Moehlecke, Milene, et al. Self-perceived body image, dissatisfaction with body weight and nutritional status of Brazilian adolescents: a nationwide study. *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*, 2020, 96.1: 76-83.
152. Al Sabbah H, Vereecken CA, Elgar FJ, Nansel T, Aasvee K, Abdeen Z, Ojala K, Ahluwalia N, Maes L. Body weight dissatisfaction and communication with parents among adolescents in 24 countries: international cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2009 Fe.
153. Voelker, Dana K.; Reel, Justine J.; Grenleaf, Christy. Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 2015, 6: 149.
154. Miret, Marta, et al. Depressive disorders and suicide: epidemiology, risk factors, and burden. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2013, 37.10: 2372-2374.
155. Mansur, Rodrigo B.; Brietzke, Elisa; Msintyre, Roger S. Is there a “metabolic-mood syndrome”? A review of the relationship between obesity and mood disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2015, 52: 89-104.

156. Uher, Rudolf, et al. Body weight as a predictor of antidepressant efficacy in the GENDEP project. *Journal of affective disorders*, 2009, 118.1-3: 147-154.
157. Khan, Arif, et al. BMI, sex, and antidepressant response. *Journal of affective disorders*, 2007, 99.1-3: 101-106.
158. Mcelroy, Susan L., et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158.3: 420-426.
159. Wildes, Jennifer E.; Marcus, Marsha D.; Fagiolini, Andrea. Eating disorders and illness burden in patients with bipolar spectrum disorders. *Comprehensive psychiatry*, 2007, 48.6: 516-521.
160. Mcelroy, Susan L., et al. Clinical phenotype of bipolar disorder with comorbid binge eating disorder. *Journal of affective disorders*, 2013, 150.3: 981-986.
161. Pan, Bing, et al. Body Image Concerns in Bipolar I and II Disorders: Their Relationships with Personality Styles and Affective States. *Psychiatria Danubina*, 2019, 31.1: 37-42.
162. Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, et al. Obesity and sexual quality of life. *Obesity* 2006;14:472–479.
163. Arciszewska, Aleksandra; Sıwek, Marcin; Dudek, Dominika. Dyadic adjustment among healthy spouses of bipolar I and II disorder patients. *Psychiatria Danubina*, 2017, 29.3: 322-329.
164. Yıldırım İ. Evli Bireylerin Uyum Düzeyini Etkileyen Bazı Etmenler.
165. Levenson RW, Carstensen LL. Longterm marriage: Age, gender,.
166. Erbek, Evrim, et al. Cinsellik ve çift uyumu arasındaki ilişki: üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam*, 2005, 18.2: 72-81.
167. Kaplan, Helen Singer (ed.). *Comprehensive evaluation of disorders of sexual desire*. American Psychiatric Press, 1985.
168. Granek, Leeat, et al. Living with bipolar disorder: the impact on patients, spouses, and their marital relationship. *Bipolar disorders*, 2016, 18.2: 192-199.
169. Fava GA. Subclinical symptoms in mood disorders: Pathophysiological and therapeutic implications. *Psychol Med*. 1999;29:47–61.

170. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD, et al. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:261–9.
171. Rowe, Lorelei Simpson; Moris, Anne Miller. Patient and partner correlates of couple relationship functioning in bipolar disorder. *Journal of Family Psychology*, 2012, 26.3: 328.
172. Bharadwaj V, Grover S, Chakrabarti S, Avasthi A, Kate N. Clinical profile and outcome of bipolar disorder patients receiving electroconvulsive therapy: A study from North India. *Indian J Psychiatry*. 2012;54:41.
173. Henker, F. O. Coping with a manic-depressive spouse. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 1985, 19.4: 29-32.
174. First, M. B., et al. Structured clinical interview for DSM-5—Research version (SCID-5 for DSM-5, research version; SCID-5-RV). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2015, 1-94.
175. Aydemir, Ö., Öztekin, S., & Akdeniz, F. (2018). Bipolar Prodrom Belirti Tarama Ölçeği Türkçe Formunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatr Derg*, 29, 116-21. .
176. Hamilton M., “A ratingscalefordepression,” *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, vol. 23, pp. 56–62, 1960. .
177. Akdemir, A., et al. "Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı." *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 4.4 (1996): 251-259.
178. Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British journal of psychiatry*, 133(5), 429-435. .
179. Karadağ, F., Oral, E. T., Aran Yalçın, F., & Erten, E. (2001). Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye’de geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 107-14. .
180. Rust, John; Golombok, Susan. The Golombok-Rust inventory of sexual satisfaction (GRISS). *British Journal of Clinical Psychology*, 1985, 24.1: 63-64.
181. Tuğrul, Ceylan, et al. Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği’nin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1993, 4.2: 83-88.
182. Spainer, Graham B. Dyadic adjustment scale. Toronto: Multi-Health Systems, 1989.
183. Fırsıloğlu, Hürol; Demir, Ayhan. Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for measurement of marital quality with Turkish couples. *European Journal of Psychological Assessment*, 2000, 16.3: 214.

184. Secord, Paul F.; Jourard, Sidney M. The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *Journal of consulting psychology*, 1953, 17.5: 343.
185. Hovardaoğlu S. Vücut algısı ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji*.
186. Michalak, Erin E.; Murray, Greg; Crest. BD. Development of the QoL. BD: a disorder-specific scale to assess quality of life in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 2010, 12.7: 727-740.
187. Gümüş, Funda, et al. Psychometric properties of the Turkish Version of the Brief Quality of Life in Bipolar Disorder (Brief QoL. BD) Scale. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2018, 9.3: 170-174.
188. Savaş, Haluk A.; UNAL, Ahmet; Vırt, Osman. Treatment adherence in bipolar disorder. *Journal of Mood disorders*, 2011, 1.3: 95-102.
189. Akkaya, Cengiz, et al. Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 2012, 22.1: 31-42.
190. Akarsu, Süleyman, et al. Bipolar bozuklukta cinsiyete göre klinik ve sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2012, 54.4: 279-83.
191. Keck JR, Paul E., et al. Psychosis in bipolar disorder: phenomenology and impact on morbidity and course of illness. *Comprehensive psychiatry*, 2003, 44.4: 263-269.
192. Grover, Sandeep, et al. Sexual dysfunction in clinically stable patients with bipolar disorder receiving lithium. *Journal of clinical psychopharmacology*, 2014, 34.4: 475-482.
193. Kesebir, S., et al. Are depressive episodes of bipolar disorder I and II different?: P117. *Bipolar Disorders*, 2012, 14.
194. Gültekin, Bülent Kadri; Kesebir, Sermin; Tamam, Lut. Türkiye'de Bipolar Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013, 6.2: 199-209.
195. Kristensen, Ellids; JØRGENSEN, Per. Sexual function in lithium-treated manic-depressive patients. *Pharmacopsychiatry*, 1987, 20.04: 165-167.
196. Aizenberg, Dov, et al. Lithium and male sexual function in affective patients. *Clinical neuropharmacology*, 1996, 19.6: 515-519.
197. Ghormode, Deepak, et al. Evaluation of sexual dysfunction and quality of life in patients with severe mental illness: A cross-sectional study from a tertiary care center in Chhattisgarh. *Industrial Psychiatry Journal*, 2019, 28.1: 75.

198. Öksüz, Ergun; Malhan, Simten. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of urology*, 2006, 175.2: 654-658.
199. Yüksel, Rabia Nazik, et al. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda cinsel işlevler ve prolaktin düzeyleri.
200. Hariri, Aytul Gursu, et al. Sexual problems in a sample of the Turkish psychiatric population. *Comprehensive psychiatry*, 2009, 50.4: 353-360.
201. Verileri, Kliniği. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Üreme ve Cinsel İşlevler: Uzmanlaşmış Bir Duygudurum Bozuklukları.
202. Nagaraj, Anil Kumar M., et al. A comparative study of sexual dysfunction due to typical and atypical antipsychotics in remitted bipolar-I disorder. *Indian journal of psychiatry*, 2004, 46.3: 261.
203. Phillips JR, Robert L.; Slaughter, James R. Depression and sexual desire. *American Family Physician*, 2000, 62.4: 782-786.
204. Serreti, Alessandro; Chiesa, Alberto. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *Journal of clinical psychopharmacology*, 2009, 29.3: 259-266.
205. Ruestow, Paul, et al. Marital adjustment in primary affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 1978, 19.6: 565-571.
206. Öztürk, Cennet Şafak; Arkar, Haluk. Evli çiftlerde evlilik uyumu ve cinsel doyum arasındaki ilişkiler. *Literatür ve Sempozyum*, 2014, 1.3: 16-24.
207. Rahmani, A.; Merghati, Khoei EAS; Elah, Gholi L. Sexual satisfaction and its relation to marital happiness in Iranians. 2009.
208. Wildes, Jennifer E.; Marcus, Marsha D.; Fagiolini, Andrea. Prevalence and correlates of eating disorder comorbidity in patients with bipolar disorder. *Psychiatry research*, 2008, 161.1: 51-58.
209. Mcelroy, Susan L., et al. Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 2002.
210. Seixas, Camila, et al. Prevalence and clinical impact of eating disorders in bipolar patients. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2012, 34.1: 66-70.
211. McDonald, Caity E.; Rossell, Susan L.; Phillipou, Andrea. The comorbidity of eating disorders in bipolar disorder and associated clinical correlates characterised by emotion dysregulation and impulsivity: A systematic review. *Journal of Affective Disorder*.

212. Macqueen, Glenda M., et al. Subsyndromal symptoms assessed in longitudinal, prospective follow-up of a cohort of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2003, 5.5: 349-355.
213. Fernandez-Aranda, Fernando, et al. Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry research*, 2008, 157.1-3: 147-157.
214. Dawe, Sharon; Loxton, Natalie J. The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2004, 28.3: 343-351.
215. Steiger, Howard. Eating disorders and the serotonin connection: state, trait and developmental effects. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 2004, 29.1: 20.
216. Townsend JR, Courtney M., et al. Sabiston textbook of surgery E-book. Elsevier Health Sciences, 2016.
217. Lewer, Merle, et al. Body image disturbance in binge eating disorder: a comparison of obese patients with and without binge eating disorder regarding the cognitive, behavioral and perceptual component of body image. *Eating and Weight Disorders-Studies on*.
218. Yazdani, Negar, et al. Relationship between body image and psychological well-being in patients with morbid obesity. *International journal of community based nursing and midwifery*, 2018, 6.2: 175.
219. Sarwer, David B.; Wadden, Thomas A.; Foster, Gary D. Assessment of body image dissatisfaction in obese women: Specificity, severity, and clinical significance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1998, 66.4: 651.
220. Kılıçlar, Müge. Cinsel doyum ile beden imajı ve benlik saygısı arasındaki ilişki. 2018. Master's Thesis. Işık Üniversitesi.
221. Davison, Tanya E.; McCabe, Marita P. Relationships between men's and women's body image and their psychological, social, and sexual functioning. *Sex roles*, 2005, 52.7-8: 463-475.
222. Quinn-Nilas, Christopher, et al. The relationship between body image and domains of sexual functioning among heterosexual, emerging adult women. *Sexual Medicine*, 2016, 4.3: e182-e189.
223. Seal, Brooke N.; Meston, Cindy M. Women's sexual health: The impact of body awareness on sexual arousal in women with sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 2007, 4.4: 990-1000.
224. Scheffers, Mia, et al. Body image in patients with mental disorders: Characteristics, associations with diagnosis and treatment outcome. *Comprehensive psychiatry*, 2017, 74: 53-60.

225. Friedman, Michael A., et al. Marital status, marital satisfaction, and body image dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 1999, 26.1: 81-85.
226. Van Den Broucke, Stephan; Vandereycken, Walter. The marital relationship of patients with an eating disorder: A questionnaire study. *International journal of eating disorders*, 1989, 8.5: 541-556.
227. Kim, Jeong Sun; Kang, Sook. A study on body image, sexual quality of life, depression, and quality of life in middle-aged adults. *Asian Nursing Research*, 2015, 9.2: 96-103.
228. Duggan, Jamie M.; Toste, Jessica R.; Heath, Nancy L. An examination of the relationship between body image factors and non-suicidal self-injury in young adults: The mediating influence of emotion dysregulation. *Psychiatry Research*, 2013, 206.2-3: 256-264.



EK-1: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ

“ BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU VE ÇİFT UYUMUNUN BEDEN ALGISI İLE İLİŞKİSİ” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlıklarını bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın ve bu bilgileri ailenizle ve/veya doktorunuzla tartışın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Bipolar Bozukluk tanılı hastalarla yapılan çalışmalar, cinsel işlev sorunlarının sağlıklı kontrollerden yüksek olduğunu göstermiştir. Cinsel işlevleri etkileyen önemli parametrelerden biri, çiftlerin birbirleriyle olan uyumudur. Cinsel sağlık, cinsel doyum ve ilişki doyum, tedaviye uyum ve genel yaşam kalitesi ile bir aradadır. Beden imgesi, bedeninin zihinsel görüntüsü ve kişinin fiziksel benliği, görünüşü, sağlığı, bütünlüğü, normal işleyişi ve cinselliği hakkındaki tutumu olarak tanımlanır. Yapılan çalışmalarda eş uyumu, beden algısı ve cinsel iletişim arasında aynı yönde bir korelasyon saptanmıştır. Biz bu çalışmada bipolar hastalarda beden algısının cinsel işlevler ve çift uyumuna etkisini araştırmayı amaçladık.

Bu araştırmaya Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Polikliniğinden takipli olan Bipolar Bozukluk tanılı 60 hasta ve polikliniğe başvuran hasta yakınlarından 60 sağlıklı gönüllü çalışmaya dâhil edilecektir.

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Çalışmaya katılmanız durumunda, bir psikiyatrist tarafından yapılacak bir değerlendirme görüşmesine katılmanız gerekmektedir. Bu görüşme tıbbi ve psikiyatrik öykünüzün alınacağı, Bipolar Bozukluk atak skorlanması açısından değerlendirileceğiniz bir görüşme olacaktır. Tarafımca size verilip, nasıl uygulanacağını anlatacağım öz bildirim dayanan testleri doldurmanız, soru sorarak yaptığım testlere cevap vermeniz beklenmektedir. Bu görüşme ve görüşme dahilinde size uygulanacak olan testler için herhangi bir ücret talep edilmemektedir. Uygulanmış olan tedavi üzerine hastalığınız açısından güvenli olmayan bir müdahale ya da girişim olmayacaktır. Dolayısı ile bu çalışma uygulanan tedavi etkinliğini değiştirmeyecektir.

Araştırmamızın bipolar bozukluk tanılı hastalarda cinsel işlev bozukluğu ve çift uyumunun beden algısı ile ilişkisinin anlaşılmasını sağlamak için klinisyenlere yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızın herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz çalışma boyunca hekiminiz tarafından gizli tutulacaktır. Bununla beraber izleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişim imkanları bulunmaktadır, ancak bu bilgileriniz gizli tutulacaktır. Elinizde bulunan bu gönüllü olur formunu imzalayarak söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız. Çalışmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Gönüllünün serbest iradesi ile araştırmaya dahil edileceğine dair oluru alınır ve bu durum (c) bendinde yer alan bilgilendirmeye yönelik hususları kapsayan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile belgelenir. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllüye verilir, diğeri ise araştırmacıda kalır.

Çalışma ilacı ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI :

GÖREVİ :

TELEFON :

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesinde, Dr. Emine Reyhan YAZAR tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi

müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırmaya katılan gönüllü hastanın;

Adı soyadı :

İmzası :

Araştırmayı yürüten Dr.;

Adı soyadı :

Bölümü :

İmzası :

TARİH:

EK-2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU (BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALAR İÇİN)

Adı / Soyad:

Telefon:

Doğum Tarihi ve Yeri:

Cinsiyet: a)kadın b)erkek

İş durumu: a)Çalışmıyorum b)Düzensiz çalışıyorum c)Düzenli çalışıyorum d)Öğrenci e)Ev kadını f)Emekli

Meslek:

Ortalama aylık gelir: a)1500 tl ve altı b)1500-3000 c)3000 tl ve yukarısı

Medeni durum: a)evli b)bekar c)dul d)Boşanmış e)Eşinden ayrı yaşıyor

Eğitim durumu: a) okur yazar b) ilkokul mezunu c) ortaokul mezunu d) lise mezunu e) üniversite mezunu

Eğitim yılı:

Aalışkanlıklar: Sigara kullanımı: (.....adet/gün.....yıl)

Alkol kullanımı: (tür/miktar/sıklık/süre.....)

Madde kullanımı: (tür/miktar/sıklık/süre.....)

Diğer: (tür/miktar/sıklık/süre.....)

Hastalık başlangıç yaşı:

Psikiyatri kliniğine yatış öyküsü: a)var / kaç kez: b)yok

Toplam Geçirdiğiniz Atak Sayısı:

İlk Geçirmiş Olduğunuz Atak Türü: a)mani b) depresyon c)karma d)hipomani

İntihar öyküsü: a)var / kaç kez: b)yok

Mevsimsellik:

Remisyon süresi:

Psikoz öyküsü:

Ek psikiyatrik hastalık varsa belirtiniz:

Eğer varsa süresini belirtiniz:

Ek tıbbi hastalık varsa belirtiniz:

Eğer varsa süresini belirtiniz:

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varsa belirtiniz:

İLAÇ TEDAVİSİ

Tedavi türünüz: a)ilaç tedavisi b)uzun etkili iğne c) EKT

Yıllık tedavi başvuru sayısı: a)son bir yıl içinde yılda 1-2 kez b)son bir yıl içinde yılda 3-4 kez c)son bir yıl içinde yılda 5 kez ve üzeri

İlaç kullanım düzeni: a)ayda 1 kez ilacımı almadım b)ayda 1'den fazla ilacımı almadım

Elektrokonvülsif Tedavi (EKT) tedavi öyküsü: a)var b)yok

Kullanılan ilaca bağlı yan etkiler: a)var b)yok

Uygulanan tedaviden fayda görme öyküsü: a) fayda gördüm b)fayda görmedim

Tedavi ile sosyal uyumda artış: a)var b)yok

Boy:

Kilo:

GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

www.bilisseldavranisci.org

Kadın Formu

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için "hiçbir zaman", "nadiren", "çoğu zaman", "her zaman" şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

Cevaplandırırken:

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Sorulan durumun **son zamanlarda** ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki parantezin içine [X] işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

	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 sorar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cinsel yönden kolaylıkla 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 kaçınırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşabilir mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkâr bulur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
14. Sizin için doyuma (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
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 alırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
21. Önsevişme sırasında eşiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazm) ulaşabilir misiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
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 anından hoşlanır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

EK-4: GOLOMBUCK RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ ERKEK FORMU

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

Erkek Formu

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "çoğu zaman", "her zaman" şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

Cevaplandırırken:

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Sorulan durumun **son zamanlarda** ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki parantezin içine [X] işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan, sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Haftada 2 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 rahatsız olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, tedirgin ve endişeli olur musunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Cinsel organınızın, eşinizin cinsel organına girmesinden zevk alır mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığını sorarmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
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?	☐	☐	☐	☐	☐
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 organınız, eşinizin cinsel organına girer girmez istemeden boşaldığınız olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
25. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alırmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
26. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyarmısınız?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Cinsel organınız eşinizin cinsel organına girmek üzereyken, istemeden boşaldığınız olur mu?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	☐	☐	☐	☐	☐

EK-5: ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ

DYADİK ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ

Birçok insanın ilişkilerinde anlaşmazlıkları vardır. Lütfen aşağıda verilen maddelerin her biri için siz ve eşiniz arasındaki anlaşma veya anlaşamama ölçüsünü aşağıda verilen alt düzeylerden birini seçerek belirtiniz.

	Her zaman anlaşırız	Hemen hemen her zaman anlaşırız	Nadiren anlaşamayız	Sıkça anlaşamayız	Hemen hemen her zaman anlaşamayız	Her zaman anlaşamayız
1. Aileyle ilgili parasal işlerin idaresi						
2. Eğlenceyle ilgili konular						
3. Dini konular						
4. Muhabbet sevgi gösterme						
5. Arkadaşlar						
6. Cinsel yaşam						
7. Geleneksellik (doğru veya uygun yaşam)						
8. Yaşam felsefesi						
9. Anne baba ya da yakın akrabalarla ilişkiler						
10. Önemli olduğuna inanılan amaçlar, hedefler ve konular						
11. Birlikte geçirilen zaman miktarı						
12. Temel kararların alınması						
13. Ev ile ilgili görevler						
14. Boş zaman ilgi ve uğraşları						
15. Mesleki kararlar						
	Her zaman	Hemen hemen her zaman	Zaman zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
16. Ne sıklıkla boşanmayı ayrılmayı ya da ilişkinizi bitirmeyi düşünür veya tartışırsınız?						

17. Ne sıklıkla siz veya eşiniz kavgadan sonra evi terk edersiniz?						
18. Ne sıklıkla eşinile olan ilişkinizin genelde iyi gittiğini düşünürsünüz?						
19. Eşinize güvenir misiniz?						
20. Evlendiğiniz için hiç pişmanlık duyar mısınız?						
21. Ne sıklıkla eşinizle münakaşa edersiniz?						
22. Ne sıklıkla birbirinizin sinirlenmesine neden olursunuz?						

23. Eşinizi öper misiniz?

a) Her gün b) Hemen hemen her gün c) Ara sıra d) Nadiren e) Hiçbir zaman

24. Siz ve eşiniz ev dışı etkinliklerinizin ne kadarına birlikte katılırsınız?

a) Hepsine b) Çoğuna c) Bazılarına d) Çok azına e) Hiçbirine

Aşağıdaki olaylar siz ve eşiniz arasında ne sıklıkla geçer?

	Hiçbir zaman	Ayda birden az	Ayda bir veya iki defa	Haftada bir veya iki defa	Günde bir defa	Günde birden fazla
25. Teşvik edici fikir alışverişinde bulunmak						
26. Birlikte gülmek						
27. Bir şeyi sakince tartışmak						
28. Bir iş üzerinde birlikte çalışmak						

Eşlerin bazı zamanlar anlaştıkları, bazen anlaşılmadıkları konular vardır. Eğer aşağıdaki maddeler son birkaç hafta içinde siz ve eşiniz arasında görüş farklılığı veya problem yarattıysa belirtiniz (Evet veya hayır işaretleyiniz).

	Evet	Hayır
29. Seks için yorgun olmak		
30. Sevgi göstermemek		

31. Aşağıda ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki "mutlu" birçok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini gösterir. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinin en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.

() Aşırı mutsuz () Oldukça mutsuz () Az mutsuz () Mutlu () Oldukça mutlu () Aşırı mutlu () Tam anlamıyla mutlu

32. Aşağıda belirtilen cümlelerden ilişkinizin geleceği ne hissettiğinizi en iyi şekilde tanımlayan ifadeyi lütfen işaretleyiniz.

- ☐ İlişkimin başarılı olmasını çok fazla istiyorum ve bunun için yapamayacağım hiçbir şey yok.
- ☐ İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için yapabileceklerimin hepsini yapacağım.
- ☐ İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için payıma düşeni yapacağım.
- ☐ İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapamam.
- ☐ İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapmayı reddederim.
- ☐ İlişkim asla başarılı olmayacak ve ilişkinin yürümesi için benim daha fazla yapabileceğim bir şey yok.



EK-6: BEDEN ALGI ÖLÇEĞİ

	Hiç Beğenmiyorum	Pek Beğenmiyorum	Kararsızım	Oldukça Beğeniyorum	Çok Beğeniyorum
Saçlarım					
Yüzümün rengi					
İştahım					
Ellerim					
Vücudumdaki kıl dağılımı					
Burnum					
Fiziksel gücüm					
İdrar – dışkı düzenim					
Kas kuvvetim					
Belim					
Enerji düzeyim					
Sırtım					
Kulaklarım					
Yaşım					
Çenem					
Vücut yapım					
Profilim					
Boyum					
Duyularımın keskinliği					
Ağrıya dayanıklılığım					
Omuzlarımın genişliği					
Kollarım					
Göğüslerim					
Gözlerimin şekli					
Sindirim sistemim					
Kalçalarım					
Bacaklarım					
Dişlerimin şekli					
Cinsel gücüm					
Ayaklarım					
Uyku düzenim					
Sesim					
Sağlığım					
Cinsel faaliyetlerim					
Dizlerim					
Vücudumun duruş şekli					
Yüzümün şekli					
Kilom					
Cinsel organlarım					
Hastalığa direncim					

EK-7: BİPOLAR BOZUKLUKTA YAŞAM KALİTESİ KISA FORMU

Bipolar Bozuklukta yaşam kalitesi Anketi (Kısa Formu) (Brief QoL.BD)

Aşağıdaki maddeler yaşam kalitesiyle ilgili deneyimleri, davranışları ve duyguları sorgulamaktadır. Yaşam kalitenizle ilgili her bir maddeye ne kadar katıldığınızı lütfen belirtiniz. Son 7 günde deneyimlerinizi en iyi tanımlayan puanı seçiniz. Maddeler için çok zaman harcamayın aklınıza ilk geleni işaretleyiniz.

<i>Son 7 günde, Ben</i>	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Kendimi fiziksel olarak iyi hissettim	1	2	3	4	5
2. Sabahları dinlenmiş olarak uyandım.	1	2	3	4	5
3. Yaptığım şeylerden her zamanki kadar keyif aldım.	1	2	3	4	5
4. Konsantrasyonum (odaklanabilmem) iyiydi.	1	2	3	4	5
5. Boş zamanlarımda uğraşlarımla ilgilendim.	1	2	3	4	5
6. Sosyal ilişkilerimle ilgilendim.	1	2	3	4	5
7. İnançlarımın gereğini dilediğim gibi yaptım.	1	2	3	4	5
8. Temel ihtiyaçlarımı karşıladıktan sonra da geriye param kaldı.	1	2	3	4	5
9. Evimi düzenli tuttum.	1	2	3	4	5
10. Diğerleri tarafından kabul edildiğimi hissettim.	1	2	3	4	5
11. İstedğim yere özgürce gidebildim (Araba / Toplu taşıma, araç kullanarak, vb.).	1	2	3	4	5
12. Ne isteyip, ne istemediğim konusunda düşüncelerim netti.	1	2	3	4	5

EK-8: HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim:

Tarih:

1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

- 0- Yok
- 1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşıyor.
- 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
- 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor.
- 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

- 0- Yok
- 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
- 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
- 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
- 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

- 0- Yok
- 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
- 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
- 3- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
- 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) Uykuya dalamamak

- 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
- 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
- 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) Geceyarısı uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
- 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.

- 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
- 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
- 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
- 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

- 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
- 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
- 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
- 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
- 4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

- 0- Yok
- 1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
- 2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psişik anksiyete

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Subjektif gerilim ve irritabilite.
- 2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
- 3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
- 4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Ilımlı
- 3- Şiddetli
- 4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

- 0- Yok
- 1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.

- 2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

- 0- Yok
- 1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
- 2- Herhangi bir kesin şikayet 2 punla değerlendirilir.

14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

- 0- Yok
- 1- Kuruntulu.
- 2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
- 3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
- 4- Hipokondriak delüzyonlar.

16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

- 0- Kilo kaybı yok.
- 1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
- 2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

- 0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
- 1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

- 0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
- 1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklerle, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru:

EK-9: YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Orijinalinde son 48 saat, ancak son yıllarda yapılan pek çok çalışmada son bir hafta değerlendirmeye alınmaktadır. Hastanın söylediklerinden çok klinisyenin kanaati önemlidir. Bu çalışmada uygulanmadı ama katılınan bir geçerlik güvenilirlik çalışmasında 0-4 puanlı maddelerde klinisyen karar veremiyorsa (örneğin 2 mi, 3 mü gibi) daha büyük olan puanı vermesi, 0-8 puanlı maddelerde ise aradaki değeri alması (yani 2 mi, 4 mü karar verilemiyorsa 3 puan verilmesi gibi) önerilmiştir. Tanı koymak amacıyla değil, o anki manik durumun şiddetini belirlemek için kullanılır. Ölçekteki her bir üst basamağın kendinden önceki alt basamakları kapsadığı kabul edilir. 15- 30 dakikalık bir görüşme ile uygulanır. Hastanın kendi ifadelerine izin verilir. Görüşme anındaki değerlendirme dışında servis personeli ya da hasta ailesinden bilgi alınabilir.

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

1. Kendini enerjik hissetme
2. Canlılık; jestlerde artış
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciyeye yönelik aleni cinsel eylem

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İritabilite

0. Yok

2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları

6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok
2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basıncılı. durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok
1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması
3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali
4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal
2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın
2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım
1. Hafif derecede dağınıklık
2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor
1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor