



**T.C.  
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAğLIğI VE SINIR  
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ  
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ**

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA MİZAÇ  
ÖZELLİKLERİ İLE CİNSEL İşLEV BOZUKLUğU VE  
ÇİFT UYUMUNUN İLİşKİSİ**

**Dr. Hafize ÇORBACI**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL / 2021**





**T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SINIR  
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA MİZAÇ  
ÖZELLİKLERİ İLE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU VE  
ÇİFT UYUMUNUN İLİŞKİSİ**

**Dr. Hafize ÇORBACI**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Tonguç Demir BERKOL**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İSTANBUL / 2021**

## TEŞEKKÜR

*Sağladığı bilimsel çalışma ortamı için hastanemiz başhekimisi Prof. Dr. Murat ERKIRAN'a,*

*Asistanlığımın son dönemlerinde birlikte çalışma şansına eriştiğim, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli klinik şefim Doç. Dr. Tonguç Demir BERKOL'a,*

*Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, asistanı olmaktan gurur duyduğum eski klinik şefim Doç. Dr. Nurhan FISTIKCI'ya,*

*Rotasyonlarım sırasında bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım hocalarım; Prof. Dr. Mehmet Cem İLNEM, Uzm. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Prof. Dr. Fatih ÖNCÜ, Doç. Dr. E. Cüneyt EVREN, Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Prof. Dr. H. Dilek ATAĞLI ve Prof. Dr. Gül KARACETİN'e,*

*Birlikte çalıştığım için kendimi şanslı hissettiğim ve kendilerinden çok şey öğrendiğim değerli uzmanlarım Uz. Dr. Berna ÖZATA YILDIZHAN, Uz. Dr. Hüseyin YUMRUKÇAL ve Uz. Dr. Sevinç ULUSOY'a,*

*Başta I.psikiyatri servisinde beraber çalıştığımız Burak, Osman, Taylan, Meltem, Deniz, Asude ve Ceylan olmak üzere bir kısmı artık uzman olan tüm asistanlık arkadaşlarıma,*

*Sorumlu hemşiremiz Semra Abla ve tüm I. psikiyatri hemşire ekibine, yardımcı sağlık personelimize,*

*Asistanlığım boyunca kendilerinden çok şey öğrendiğim hastalarıma,*

*15 yılı aşkın süredir her koşulda yanımda olan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve hayatı anlamlı kılan arkadaşlarım Seda, Ülfiye ve Züleyha'ya,*

*Bakırköy'deki son dönemimde tanımaktan dolayı kendimi şanslı hissettiğim Selin'e*

*Hayatımın her aşamasında ve attığım her adımda arkamda olduklarını bildiğim sevgili annem, babam ve kardeşime,*

*Tanışmamızla birlikte hayatıma renk katan Beta'ya,*

*Sonsuz teşekkürlerimle...*

Dr. Hafize ÇORBACI

İstanbul, 2021

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

TEŞEKKÜR .....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	v
TABLO LİSTESİ .....	vi
ŞEKİL LİSTESİ .....	vii
ÖZET .....	viii
ABSTRACT .....	ix
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>3</b>
2.1. BİPOLAR BOZUKLUK .....	3
2.1.1. Tanım .....	3
2.1.2. Tarihçe .....	3
2.1.3. Epidemiyoloji .....	4
2.1.4. Etyoloji .....	5
2.1.5. Sınıflandırma ve Tanısal Ölçütleri .....	6
2.1.6. Klinik Seyir ve Prognoz .....	10
2.1.7. Afektif Mizaç .....	11
2.2. CİNSELLİK .....	16
2.2.1. Tanım ve Tarihçe .....	16
2.2.2. Cinsel Fizyoloji ve Cinsel Yanıt Döngüsü .....	16
2.2.3. Cinsel İşlev Bozuklukları .....	19
2.2.3.1. Erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu: .....	20
2.2.3.2. Erkeklerde sertleşme bozukluğu: .....	20
2.2.3.3. Erken boşalma: .....	21
2.2.3.4. Geç boşalma: .....	22
2.2.3.5. Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu: .....	23

2.2.3.6. Kadında orgazm bozukluğu:.....	23
2.2.3.7. Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu:.....	24
2.2.3.8. Maddenin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu:.....	25
2.2.3.9. Diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu: .....	26
2.2.4. Bipolar Bozukluk ve Cinsellik .....	26
2.2.4.1. Bipolar bozuklukta kullanılan ilaçların cinsel işlevler üzerine etkisi: .....	26
2.3. BİPOLAR BOZUKLUK VE ÇİFT UYUMU .....	28
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>30</b>
3.1. ÇALIŞMA EVRENİ.....	30
3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri:.....	30
3.1.2. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri: .....	31
3.2. GEREÇLER.....	31
3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu .....	31
3.2.2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu .....	31
3.2.3. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ):.....	32
3.2.4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) .....	32
3.2.5. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) .....	32
3.2.6. Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) .....	33
3.2.7. Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS-A).....	33
3.2.8. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu (SCID-5CV) 33	
3.3. YÖNTEM .....	34
3.4. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME.....	34
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>36</b>
4.1. ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ .....	36
4.2. ÖRNEKLEMİN HASTALIK ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR .....	37
4.3. ÖRNEKLEMİN İLAÇ KULLANIMINA AİT BULGULAR.....	38
4.4. ÖRNEKLEMİN HASTALIK ÖZELLİKLERİ VE DİĞER SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ .....	38
4.5. ÖRNEKLEMİN AFEKTİF MIZAÇ ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR .....	39
4.6. KADINLARDA TEMPS-A İLE ÇUÖ VE GRCDÖ TOPLAM VE ALT ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ KORELASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİNE AİT BULGULAR .....	40

4.7. ERKEKLERDE TEMPS-A İLE ÇUÖ VE GRCDÖ TOPLAM VE ALT ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ KORELASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİNE AİT BULGULAR .....	43
4.8. ÖRNEKLEMİN TEMPS-A İLE ÇUÖ TOPLAM VE ALT ÖLÇEKLERİ arasındaki KORELASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİNE AİT BULGULAR .....	45
4.9. TEMPS-A VE ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ ALT ÖLÇEK VE TOPLAM PUANLARININ CİNSİYETE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI .....	46
4.10. TEMPS-A puanları İLE HASTALIK KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI .....	47
4.11. LİTYUM VE LİTYUM+ATİPİK ANTİPSİKOTİK KULLANAN HASTALAR İLE VALPROİK ASİT VE VALPROİK ASİT+ ATİPİK ANTİPSİKOTİK KULLANAN HASTALARIN GRCDÖ TOPLAM VE ALT ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI .....	50
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>52</b>
<b>6. SONUÇLAR .....</b>	<b>58</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>60</b>
<b>8. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>71</b>
<b>9. EKLER .....</b>	<b>72</b>
EK-1: ETİK KURUL ONAYI .....	72
EK-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU .....	76
EK-3:SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU (BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALAR İÇİN).....	79
EK-4: GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ-KADIN FORMU .....	81
EK-5: HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	86
EK-6: YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ .....	88
EK-7: MEMPHİS, PİSA, PARİS VE SAN DİEGO MİZAÇ DEĞERLENDİRME ANKETİ (TEMPS-A): .....	90
EK-8: ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ.....	94

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>BPB</b>	:Bipolar Bozukluk
<b>BPBI</b>	:Bipolar Bozukluk Tip I
<b>BPBII</b>	:Bipolar Bozukluk Tip II
<b>ÇİB</b>	:Cinsel İşlev Bozuklukları
<b>ÇUÖ</b>	:Çift Uyum Ölçeği
<b>DSM-5</b>	:The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
<b>GRCDO</b>	:Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği
<b>HDDÖ</b>	:Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
<b>SCID-5CV</b>	:DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen Versiyonu
<b>SSRI</b>	:Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
<b>TEMPS-A</b>	:Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire
<b>VPA</b>	:Valproik Asit
<b>YMDÖ</b>	:Young Mani Değerlendirme Ölçeği

## TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo 1:</b> Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri .....	36
<b>Tablo 2:</b> Örneklemin Klinik Özellikleri .....	37
<b>Tablo 3:</b> Örneklemin İlaç Kullanım Özellikleri .....	38
<b>Tablo 4:</b> Örnekleme Ait Demografik ve Klinik Veri Ortalamaları .....	39
<b>Tablo 5:</b> Örneklemin Afektif Mizaç Özellikleri.....	39
<b>Tablo 6:</b> Baskın Mizaç Özelliğinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 7:</b> Kadınlarda TEMPS-A ile ÇUÜ ve GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon.....	42
<b>Tablo 8:</b> Erkeklerde TEMPS-A ile ÇUÜ ve GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon.....	44
<b>Tablo 9:</b> Örneklemin TEMPS-A ile ÇUÖ Toplam ve Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon .....	45
<b>Tablo 10:</b> Cinsiyete Göre TEMPS-A ve Çift Uyum Ölçeği Alt Ölçek ve Toplam Puanların Karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 11:</b> İlk Duygudurum Epizoduna Göre TEMPS-A Mizaç Özelliği Puanlarının Karşılaştırılması .....	47
<b>Tablo 12:</b> İntihar Öyküsüne Göre TEMPS-A Mizaç Özelliği Puanlarının Karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 13:</b> Ataklardaki Psikotik Belirtiye Göre TEMPS-A Mizaç Özelliği Puanlarının Karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 14:</b> Mevsimsellik Özelliğine Göre TEMPS-A Mizaç Özelliği Puanlarının Karşılaştırılması .....	49
<b>Tablo 15:</b> Hastaların Klinik Özelliklerinin TEMPS-A Mizaç Özelliği Puanları ile İlişkisi.....	50
<b>Tablo 16:</b> GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının İlaç Kullanımına Göre Karşılaştırılması .....	51

## ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

**Şekil 1:** Kadın ve Erkte Cinsel Yanıt Döngüsü ..... 17



## ÖZET

### BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA MIZAÇ ÖZELLİKLERİ İLE CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU VE ÇİFT UYUMUNUN İLİŞKİSİ

Dr. Hafize ÇORBACI

**AMAÇ:** Çalışmamızda Bipolar Bozukluk (BPB) tanılı hastalarda mizaç özelliklerinin cinsel işlev bozukluğu (CİB) ve çift uyumu ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

**GEREÇ ve YÖNTEM:** Kesitsel bir çalışma olan araştırmamıza, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniklerine başvuran 101 tane remisyonda Bipolar Bozukluk tanılı hasta dahil edilmiştir. Hastaların tanısı DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5CV) uygulanarak kesinleştirilmiş ve bütün hastalar için ayrı ayrı sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) uygulanarak remisyon döneminde oldukları netleştirilmiştir. Sonrasında öz bildirim dayalı ölçekler olan Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ), Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS-A) verilmiştir.

**BULGULAR:** GRCDÖ alt ölçek puanları incelendiğinde kadın hastalarda vajinismus, erkek hastalarda ise erken boşalma ve empotans alanlarında belirgin bozukluk saptanmıştır. Kadın ve erkeklerde depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliği puanları ile uzlaşım, doyum, görüş birliği alt ölçek puanları ve ÇUÖ toplam puanları arasında negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Kadınlarda depresif mizaç özelliği puanlarının kaçınma, dokunma ve GRCDÖ toplam puanları ile pozitif yönde, siklotimik mizaç özelliği puanlarının kaçınma puanları ile pozitif yönde, anksiyöz mizaç özelliği puanlarının kaçınma ve GRCDÖ toplam puanları ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Erkeklerde depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç özelliği puanlarının kaçınma puanları ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Kadın ve erkeklerde depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliği puanları ile uzlaşım, doyum, görüş birliği alt ölçek puanları ve ÇUÖ toplam puanları arasında negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. GRCDÖ ile ÇUÖ toplam puanları arasında kadınlarda ve erkeklerde negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır.

**SONUÇ:** BPB tanılı hastalarda afektif mizaç özelliği puanlarının artışı çift uyumunu olumsuz etkilemektedir. Hem kadın hem de erkeklerde depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç özelliği puanları arttıkça cinsel işlevler olumsuz etkilenmektedir. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda mizaç özelliklerinin araştırılması, klinik gidişin değerlendirilmesinde ve tedavi seçiminde yol gösterici olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Bipolar Bozukluk, Mizaç Özellikleri, Cinsel İşlevler, Çift Uyumu

## ABSTRACT

### THE RELATIONSHIP BETWEEN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER TEMPERAMENT CHARACTERISTICS AND SEXUAL DYSFUNCTION AND DYADIC ADJUSTMENT

Dr. Hafize ÇORBACI

**AIM:** In our study, we aimed to investigate the relationship between temperament characteristics and sexual dysfunction (SD) and dyadic adjustment in patients diagnosed with Bipolar Disorder (BPD).

**MATERIALS AND METHODS:** Our research is a cross-sectional study including 101 patients diagnosed with Bipolar Disorder in remission who applied to the polyclinics of University of Health Sciences Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital. The diagnosis of the patients was confirmed by performing the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5CV), and a sociodemographic data form was completed for all patients separately. It was clarified that they were in remission by applying the Young Mania Rating Scale (YMRS) and the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Afterwards, self-report scales such as Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS), Dyadic Adjustment Scale (DIS), Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego–Autoquestionnaire (TEMPS-A) were given.

**RESULTS:** When the GRISS subscale scores were examined, a significant disorder was found in the areas of vaginismus in female patients, and premature ejaculation and impotence in male patients. It was found that there was a negative correlation between depressive, cyclothymic, irritable, anxious temperament characteristic scores in both genders and consensus, satisfaction, cohesion subscale scores, and DIS total scores. Also, depressive temperament trait scores were positively correlated with avoidance, non-sensuality and GRISS total scores, cyclothymic temperament characteristic scores were positively correlated with avoidance scores, and anxious temperament trait scores were positively correlated with avoidance and GRISS total scores. Depressive, cyclothymic and anxious temperament characteristic scores were positively correlated with avoidance scores in males. On the other hand, there was a negative correlation between depressive, cyclothymic, irritable and anxious temperament characteristic scores in both genders, and consensus, satisfaction, cohesion subscale scores, and DIS total scores. It was found that there was a negative correlation between GRISS and DIS total scores in both men and women.

**CONCLUSION:** The increase in affective temperament trait scores in patients with BPD affects dyadic adjustment negatively. When depressive, cyclothymic and anxious temperament scores increase in both men and women, sexual functions are negatively affected. Investigation of temperament characteristics in patients with bipolar disorder may guide in the evaluation of the prognosis and in the choice of treatment.

**Keywords:** Bipolar Disorder, Temperament Characteristics, Sexual functions, Dyadic Adjustment

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar Bozukluk (BPB), tekrarlayan hipomani, mani, depresif ve karma ataklarla seyreden ve ataklar arasında kişinin ötimik duygudurumun görülebildiği, kronik seyirli bir duygudurum bozukluğudur (1). BPB sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmaya neden olurken; intihar riski ve sık tekrarlama gibi nedenlerle hasta ve çevresindekilerin yaşamını olumsuz olarak etkilemekte ve yeti kaybına sebep olmaktadır (2). Remisyonadaki hastalarda subsendromal duygudurum semptomları, duygusal labilite, sirkadiyen ritimde bozukluklar, cinsel işlev bozukluğu (CİB) ve algılanan bilişsel bozuklukların devam ettiği görülmüştür. Bu rezidüel bulgular remisyon halindeki hastalarda işlevselliği olumsuz etkilemektedir (3,4).

Mizaç (temperament), genetik geçişli ve yaşam boyu değişime uğramayan yapısal özelliklerdir (5). 1921’de Kraepelin, irritable, depresif, manik ve siklotimik olarak dört mizaç tipini tanımlamıştır. Bu mizaçların duygudurum bozuklukları için kişisel yatkınlık yaratan temel mizaçlar olduğunu belirtmiş; BPB tanısı alan hastalarda bu afektif mizaçların bulunduğunu, duygudurum epizodları dışında ötimik dönemde de gözlenebildiği hatta psikiyatrik bozukluğu olmayan aile bireylerinde de bu mizaçlara rastlanabileceğini ifade etmiştir (6,7). Akiskal Kraepelin’in tanımladığı mizaçlara anksiyöz mizacı da ekleyerek beş temel afektif mizacı; depresif, hipertimik, siklotimik, irritable (sınırlı) ve anksiyöz (endişeli) mizaç olarak kavramsallaştırmıştır (8). Afektif mizaçların BPB spektrumunun bir ucunda yer aldığı, duygudurum bozukluklarına yatkınlık sağlayabilecekleri ve duygudurum bozuklukları gelişmeden önce de kişinin davranış özelliklerini etkileyebilecekleri düşünülmektedir (9,10). BPB’nin etiyolojisi, klinik seyri ve tedaviye yanıt oranı, afektif mizaç özellikleri ile ilişkili bulunmaktadır. Dolayısıyla BPB araştırılırken mizaç özellikleri de göz önüne alınmalıdır (11).

Psikiyatrik bozukluğu olan kişilerde CİB yaygınlığı genel popülasyona göre daha fazladır (12). Bu hastalar içerisinde de en yüksek CİB’in bildirildiği hasta grubu BPB’dir (13). Remisyon dönemindeki hastalarda CİB en sık rezidüel semptomlardan

biridir ve hastalık seyrini etkilemektedir (22). Hastalık seyrini etkileyen bir diğerk faktör de çift uyumudur (14). Remisyondaki hasta ve eşleri ile sağlıklı çiftleri karşılaştıran çalışmalarda her iki grubun uyumunun benzer olduğu saptanmış olup, evlilik düzeni başka bir biçimde bozulmazsa ve hasta remisyonda ise çiftin, sağlıklı çiftlere benzer şekilde tatminkar evlilik uyumu yakalayabileceği görülmüştür (15). BPB tipi, duygudurum epizodları, mizaç özellikleri, komorbidite varlığı ve madde kullanımı çift uyumunu etkileyebilmektedir (16).

Bu bilgilerden yola çıkarak çalışmamızda, BPB tanısıyla takip edilen remisyondaki BPB tanılı hastaların, afektif mizaç özellikleri ile CİB ve çift uyumu arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. BİPOLAR BOZUKLUK

#### 2.1.1. Tanım

BPB, tekrarlayan hipomani, mani, depresif ve karma ataklarla seyreden ve ataklar arasında kişinin ötimik duygudurumunun görülebildiği, kronik seyirli bir duygudurum bozukluğudur (1).

#### 2.1.2. Tarihçe

Duygudurum ve duygudurum değişikliklerinin dışarıdan gözlenebiliyor olması eski çağlardan beri ilgi çeken konulardan biri olmuştur (17). Melankoli kelimesinin kökeni “melas” yani “kara” ve “chole” yani “safra” kelimelerinden gelmektedir (18). Enerjisizlik, hüznün, umutsuzluk gibi olumsuz duyguların bir arada görüldüğü klinik durumu ifade etmek için ilk kez Hipokrat tarafından M.Ö. 5. yüzyılda kullanılmıştır (19). Aynı dönemlerde, vücuttaki sarı safra miktarındaki artışla ortaya çıkan coşkulu durumu tanımlamak için mani kelimesi kullanılmıştır. Bu kelime, Eski Yunanca’daki “Ania” ya da “Manos” kelimelerinden türemiş olduğu düşünülmektedir (1).

Areatus, M.S 2. yüzyılda aynı kişide farklı zamanlarda mani ve melankoli durumlarının gözlenebildiğini fark ederek BPB klinik seyri açısından günümüze en yakın tanımlamayı yapmıştır (20). 1851 ve 1854 yıllarında Jean-Pierre Falret ve Baillarger aynı klinik tabloyu sırasıyla “bifazik ruhsal hastalık” (folie a` double forme) ve “döngüsel ruhsal hastalık” (folie circularé) olarak tanımlamışlardır (21). Kraepelin, ilk defa 1895’te günümüz bipolar spektrum hastalıklarını “manik depresif psikoz” olarak tanımlamıştır (22). Kraepelin erken bunama (demantia praecox) ile manik depresif hastalığı birbirinden ayırmış ve manik depresif hastalıkta erken bunamadan farklı olarak hastalığın yinelenme ve düzelme dönemleriyle gidişini yani döngüsellik özelliğini vurgulamıştır (19). Bleuler ise 1930’lu yıllarda bu klinik tabloları “affektif bozukluklar” olarak adlandırmıştır (23).

Amerika Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 1952’de geliştirilen DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)’de ilk kez “manik depresif reaksiyon” ifadesi kullanılmıştır. 1959’da Leonhard bipolar (manik ve depresif

dönemlerin olması) ve monopolar (sadece depresyon ya da sadece manik dönemlerin olması) bozukluk kavramlarından söz etmiştir (24). BPB tanımı içine sadece manik nöbetleri olanlar dahil edilmiş ve sadece depresif dönemleri olan hastalar “unipolar” olarak isimlendirilmiştir. 1976’da Dunner, hastalığın Bipolar I (BPBI) ve Bipolar II (BPBII) olarak iki alt tipe ayrılmasını önermiştir (25). DSM- III’te affektif bozukluklar başlığı altında major depresyon ve BPB iki ayrı hastalık olarak tanımlanmış, DSM III-R’de ise affektif bozukluklar tanımı duygudurum bozuklukları olarak yeniden isimlendirilmiştir. DSM-IV ve DSM-IV-R’de BPB duygudurum bozuklukları içinde yer alırken, 2013’te yayımlanan DSM-5’te duygudurum bozuklukları başlığı kaldırılarak, bipolar ve ilişkili bozukluklar ile depresif bozukluklar olarak iki ayrı başlıkta ele alınmıştır (26).

### **2.1.3. Epidemiyoloji**

BPBI’in 12 aylık görülme sıklığı DSM-5’te %0,6 olarak belirtilirken, BPBII’nin ise tüm dünyada 12 aylık görülme sıklığı %0,3, ABD’de %0,8’dir (26).

BPBI’in kadın ve erkeklerdeki yaygınlığı hemen hemen eşittir. Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda daha sık görülür. Kadınlardaki manik dönemlerde karma belirtilerin görülme olasılığı ve hızlı döngülülük oranı daha yüksektir (27). BPBII ise kadınlarda daha sık görülmektedir (28). Psikiyatrik ve genel tıbbi duruma bağlı komorbid hastalıklar kadınlarda daha sıktır (29).

BPBI tanısı alan hastaların çoğunda semptomların 15-25 yaş aralığında başladığı bildirilmektedir. BPBII içinse başlangıç yaşı daha ileridir (30). BPBI kadınlarda erkeklere göre ortalama 5 yıl daha geç ortaya çıkmaktadır (25). Yapılan araştırmalarda mani için başlangıç yaşının kadınlarda ortalama 24,8 iken, erkeklerde ise 24,4 olduğu belirtilmektedir (31).

BPB’nin boşanmış ve bekar kişilerde daha sık olduğu bildirilmiştir (32). Yalnız yaşayan ya da boşanmış kişilerde hastalık daha kötü prognozlu iken, evli olan kişilerde ise prognoz daha iyi ve hastane yatışlarının daha az olduğu saptanmıştır (33).

Sosyoekonomik düzeyi yüksek kişilerde BPBI daha yaygın saptanmıştır. Üniversite mezunu olmayan hastalarda, olanlara kıyasla daha sıktır, fakat bu durum bozukluğun görece erken yaşta başlamasının yansıması olabilir (27).

Çalışmalarda BPB'nin sıklığının kentsel alanda, kırsalda olduğundan daha yüksek olduğu saptanmıştır (34).

#### **2.1.4. Etyoloji**

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, genetik faktörlerin BPB patogeneğinde önemli bir rolü olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda birinci derece akrabalarda yaşam boyu hastalanma riskinin %5 ila 10 arasında, monozigot ikizlerdeki eş hastalanma oranının ise %40-70 olduğu saptanmıştır (35,36).

Yapılan çalışmalar inflamasyon ile BPB arasında ilişki olduğunu belirtmektedir. Bir meta analizde BPB'si olan hastalarda sitokinlerin ve sitokin reseptörlerinin sağlıklı kontrollere göre kanda daha yüksek olduğu saptanmıştır (37).

BPB tanısı olan hastalarda duygudurum ve bilişsel işlevlerin düzenlenmesinde rol oynayan özgül beyin bölgelerinin yapısal ve işlevsel olarak etkilendiği gösterilmişse de bu anormalliklerin ne kadarının hastalığının birincil etkilerine bağlı olduğu tam olarak bilinmemektedir (38). Derin ak cevher ve subkortikal gri cevherde hiperintensite, lateral ventriküllerde genişleme, prefrontal korteks bölgelerinde hacim azalması, hipokampus hacminde azalma, amigdala hacminde artma/azalma, bazal ganglionlarda hiperintens lezyonlarda artış, glial hücre azalması başlıca nörogörüntüleme bulguları arasında sayılabilir (39).

BPB patogeneğinde araştırılan biyokimyasal nedenlerin başında monoaminerjik sistem gelmektedir. Rol aldığı düşünülen başlıca nörotransmitterler; norepinefrin (NE), serotonin (5-HT) ve dopamin (DA)'dir. Maninin ortaya çıkmasında noradrenerjik aktivasyon, adrenerjik ve kolinerjik sistemler arasındaki dengenin bozulması, özellikle de kolinerjik yetersizliğin rol aldığı öne sürülmüştür (17). Serotonin taşıyıcı (SERT), dopamin taşıyıcı (DAT), beyin türevi nörotrofik faktör (BDNF), katekol-O-metiltransferaz (COMT) gibi genlerin polimorfizmi, mitokondriyal DNA'nın mutasyonları ve düşük beyin-türevli nörotrofik faktör (BDNF) seviyeleri BPB ile ilişkilendirilmiştir (40-42).

BPB özellikle manik epizod olmak üzere hipotalamo-hipofizer-adrenal aks (HHA)'da aktivite artışı ile ilişkilendirilmiştir (43).

Olumsuz yaşam olayları ve çocukluk çağı travmalarının, BPB ortaya çıkması ve seyri ile ilişkili olduğu saptanmıştır (44-46).

### 2.1.5. Sınıflandırma ve Tanısal Ölçütleri

“DSM-5”te kapsanan tanılar İkiüçlü ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında ikiüçlü (bipolar) I bozukluğu, ikiüçlü (bipolar) II bozukluğu, siklotimi bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı ikiüçlü ve ilişkili bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı ikiüçlü ve ilişkili bozukluk, tanımlanmış diğer bir ikiüçlü ve ilişkili bozukluk, tanımlanmamış ikiüçlü ve ilişkili bozukluktur (26).

#### Mani Dönemi

- A.** Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu aynı 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 olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:
1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
  2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
  3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
  4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbirini ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
  5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
  6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).
  7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).
- C.** Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün

dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.

**D.** Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi, bir mani dönemi için, dolayısıyla ikiçü I bozukluğu tanısı için yeterli bir kanıttır.

Not: A-D tanı ölçütleri bir mani dönemini oluşturur. İkiçü I bozukluğu tanısı konabilmesi için yaşam boyu en az bir kez mani dönemi geçirilmiş olması gerekir.

### **Hipomani Dönemi**

**A.** Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

**B.** Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) sürmüştür, bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişik ve belirgin derecede olmuştur:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon).
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, 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 düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem, tanım olarak, mani dönemidir.

F. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir hipomani dönemi, bir hipomani dönemi tanısı için yeterli bir kanıttır. Ancak bir ya da iki belirti (özellikle antidepresan kullanımından sonra ortaya çıkan çabuk kızmada artış, sinirlilik ya da kıskırma belirtileri) bir hipomani dönemi tanısı için ne yeterli sayılmalı, ne de ikiüçlü bozukluğa yatkınlığın bir göstergesi olarak görülmelidir.

Not: A-F tanı ölçütleri bir hipomani dönemini oluşturur. İkiüçlü I bozukluğunda hipomani dönemleri sık görülür, ancak ikiüçlü I bozukluğu tanısı konabilmesi için hipomani dönemlerinin olması gerekli değildir.

### **Yeğın (Majör) Depresyon Dönemi**

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) 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 işlevsellikte düşmeye neden olur.

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

Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur. İkiüçlü I bozukluğunda yeğin depresyon dönemleri sık görülür ancak ikiüçlü I bozukluğu tanısı konabilmesi için böyle dönemlerin olması gerekli değildir.”<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Amerikan Psikiyatri Birliği, *DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2014, s. 135-139.

BPB için çeşitli gidiş belirleyicileri mevcuttur. Bunlar; bunaltılı sıkıntı, karma özellikler gösteren, hızlı döngülü, melankoli özellikleri gösteren, atipik özellikler gösteren, psikoz özellikleri gösteren (duygudurumla uyumlu ya da duygudurumla uyumlu olmayan), katatoni ile giden, doğum zamanı (peripartum) başlayan, mevsimsel örüntü gösteren, tam yatışma gösteren/göstermeyen, ağır olmayan/orta derecede/ağır olarak sıralanabilmektedir (26).

Akiskal, DSM'deki BPB sınıflandırmasını birçok klinik durumu kapsamaması, aile öyküsünün yer almaması, afektif mizaçların göz ardı edilmesi ve bipolar/unipolar depresyon için aynı tanımlamanın kullanılması nedeniyle eleştirmektedir. Duygudurum bozukluklarının eşik altı belirtilerden ağır duygudurum bozukluklarına kadar uzanan bir spektrum olduğunu belirtmiş; afektif mizaçların bu spektrumun bir ucunda olduğunu ve ortaya çıkan duygudurum dönemleri ile mizaç özellikleri arasında bir ilişki olduğunu öne sürmüştür. BPBI ve BPBII' nin dışında farklı klinik özelliklerle seyreden ara grupların da var olduğunu dile getirmiştir (23,47).

Akiskal'ın sınıflama sistemlerinden farklı olarak öne sürdüğü bipolar spektrum sınıflandırması aşağıdaki gibidir:

BPB 1/2: Şizobipolar bozukluk

BPB I: Manik-Depresif hastalık.

BPB I 1/2: Uzamış hipomani ve depresyon.

BPB II: Spontan hipomanik dönemler ve depresyon.

BPB II 1/2: Siklotimiye eklenmiş depresyon.

BPB III: Depresyon ve antidepresan ya da somatik sağaltımla ilişkili hipomani.

BPB III 1/2: Madde ve/ veya alkol kullanımıyla ilişkili duygudurum dalgalanmaları.

BPB IV: Hipertimiye eklenen depresyon.

BPB V: Karma hipomani ile depresyon

BPB VI: Demans içine yerleşmiş bipolarite (48).

### **2.1.6. Klinik Seyir ve Prognoz**

BPB, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmaya neden olmakla birlikte intihar riski ve sık tekrarlama gibi nedenlerle kişi ve çevresindekilerin yaşamını olumsuz olarak etkilemekte ve yeti yitimine sebep olmaktadır (2).

BPB hastalarının yaklaşık %90'unda hastalık tekrarlamaktadır (49). Tek manik dönem öyküsü olan hastaların yaklaşık %90'ının ilerleyen yıllarda yeni dönem geçirdiği görülmüştür (33). İlk iki yıl içinde manik ya da depresif atak geçirenlerin oranı ise yaklaşık %60'tır (50). Hastaların çoğu manik ve depresif dönemin ikisini de yaşarken, yaklaşık %10-20'si yalnız manik dönem yaşamaktadır (27).

BPB depresif dönem ileri yaşlarda ve kadınlarda daha sık görülür (33). BPBI'de depresif semptomların görüldüğü sürenin, manik semptomların görüldüğü süreye oran yaklaşık 3 iken, BPBII de bu oranın 37 ye ulaştığı saptanmıştır (51).

Geçirilen dönemlerin sayısı arttıkça hastalığın tekrarlama riski de artmaktadır (52). Daha önce geçirilen atakların sıklığı, şiddeti ve tedaviye cevabı bu tekrarlamalarda etkili olmaktadır (53). Psikotik özellikli manik dönem öyküsü sonraki manik dönemlerin psikotik özellikli olma olasılığını artırırken, bu psikotik özelliklerin duygudurumla uyumsuz olması ara dönemlerde tam iyileşme olasılığını azaltmaktadır (26). BPB'de hastalığın gidişatının belirlenmesinde ilk atağın şeklinin önemli olduğu belirtilmiştir. İlk atak depresif ise depresif atakların, maniyse mani ataklarının daha sık olacağı belirtilmiştir (54).

Hastalığın kötü prognoz kriterleri; hastalığın erken yaşta başlaması, aile öyküsünün bulunması, manik atak sayısının fazlalığı, depresif dönemlerin uzun sürmesi, hızlı döngülü olması ve psikiyatrik komorbiditenin (madde ve alkol kullanımı vs) eşlik etmesidir (55). İyi prognoz kriterleri ise iyi tedavi uyumu, mani dönemlerinin daha baskın olması, iyi aile desteği, mesleki uğraş ve ailede duygudurum dışavurumunun azlığıdır (56).

### **2.1.7. Afektif Mizaç**

Mizaç (temperament), genetik geçişli ve yaşam boyu değişime uğramayan yapısal özelliklerdir. Mizaç, karakter ve kişilik birbirlerinin yerine kullanılsalar da farklı kavramlardır. Karakter (character), çevresel faktörlerin etkisiyle edinilmiş ve zamanla değişebilecek özellikler iken(5), kişilik (personality) ise mizaç ve karakterin birleşimiyle ortaya çıkan özelliklerdir (57).

Geçmişten günümüze mizaç özelliklerinin bazı psikiyatrik bozukluklara neden olabileceği düşünülmektedir. Hipokrat döneminde dört sıvı (kara safra, kan, lenf, sarı safra) kuramıyla açıklanmaya çalışılmış, bunlar arasındaki dengenin bozulmasıyla

hastalıkların ortaya çıktığına inanılmıştır (5). Kraepelin, 1921'de irritabl, depresif, manik ve siklotimik olarak dört mizaç tipini tanımlamıştır. Bu mizaçların duygudurum bozuklukları için kişisel yatkınlık yaratan temel mizaçlar olduğunu belirtmiş; BPB tanısı alan hastalarda bu afektif mizaçların bulunduğunu, duygudurum epizodları dışında ötimik dönemde de gözlenebildiği hatta psikiyatrik bozukluğu olmayan aile bireylerinde de bu mizaçlara rastlanabileceğini ifade etmiştir (6,7). Akiskal, Kraepelin'in tanımladığı mizaçlara anksiyöz mizacı da ekleyerek beş temel afektif mizacı; depresif, hipertimik, siklotimik, irritabl (sınırlı) ve anksiyöz (endişeli) mizaç olarak kavramsallaştırmıştır (8). Geçmiş dönemdeki çalışmalar BPB tanısı alan hastaların önemli bir kısmının premorbid özelliklerinde hipertimik mizaç olduğunu ileri sürmüştür. Günümüzde ise BPB spektrumunun bir ucunda afektif mizacın yer aldığı düşünülmektedir (9,58). Afektif mizaç, bir duygudurum epizodu tanı kriterlerini karşılamamakta, yapısal ve kalıtsal olarak aktarılmaktadır. Bu özelliğiyle afektif mizaç BPB için endofenotip olarak kabul edilebilir (59,60).

Hipertimik, irritabl, depresif, siklotimik ve anksiyöz mizacın temel özellikleri şu şekildedir (5):

**Hipertimik mizaç:** Erken başlangıç yaşı (<21 yaş), nadiren araya giren ötimiyle birlikte aralıklı eşikaltı hipomanik özellikler, az uyuma alışkanlığı (<6 saat/gün, hafta sonları da dahil), yadsımanın çok fazla kullanılması gibi özelliklere ek olarak, irritabl, neşeli, aşırı iyimser veya coşkulu olma saf, kendine fazla güvenme, abartılı olma, gayretli olma, çok plan yapma, tedbirsiz olma, bitmez tükenmez bir dürtüyle koşuşturma, aşırı konuşkan ve sıcakkanlı olma, insan arayan veya dışa dönük olma, aşırı karışma ve başkalarının işine burnunu sokma, baskılanmama, uyarıcı arama veya rastgele cinsel ilişkide bulunma gibi Schneiderian hipomanik kişilik özelliklerini içerir.

**Depresif Mizaç:** Erken başlangıç yaşı (<21 yaş), başka bir duruma ikincil olmayan aralıklı ve düşük şiddette depresyon, çok uyuma alışkanlığı (günde 9 saatten fazla), derin derin düşünme, anhedoni ve psikomotor enerji azlığına meyil (hepsi sabah saatlerinde daha belirgin) gibi özelliklere ek olarak; ümitsiz, kötümser, neşesiz, sessiz, pasif, kararsız, şüpheli olma, aşırı eleştirme ve şikayet etme, derin derin düşünme ve endişelenme, vicdanlı olma, kendi kendini disipline etme, kendini eleştirme, cezalandırma ve küçültme, başarısızlıklar, yetersizlikler ve olumsuz olaylar hakkında aşırı kafa yorma gibi Schneiderian depresif kişilik özelliklerini içerir.

İrritabl Mizaç: Erken başlangıç yaşı (<21 yaş), nadiren ötimik, çoğunlukla karamsar olma (irritabl ve çabuk kızan olma), derin düşüncelere dalmaya meyilli olma, aşırı eleştirme ve şikayet etme, mizahtan yoksun şakalar yapma, istenmediği halde sokulup sıkıntı verme, disforik olma ve yerinde duramama, dürtüsellik özelliklerini içerir. Antisosyal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu veya nöbet bozukluğu ölçütlerini karşılamaz.

Siklotimik Mizaç: Erken başlangıç yaşı (<21 yaş), nadiren ötiminin olduğu sık ve kısa döngüler, bir fazdan diğerine öznel ve davranışsal görünümler arasında ani geçişlerin olduğu iki dönemli görünüme sahiptirler. Öznel görünümdeki ani geçişler, bitkin ve halsiz/canlı ve öforik olma, kötümserlik/iyimserlik, zihinsel konfüzyon/keskinleşmiş ve yaratıcı düşünme, düşük kendine güven/aşırı kendine güven arasında değişen benlik saygısı gibi geçişler iken; davranışsal görünümdeki ani geçişler ise azalmış sözel dışavurum/çok konuşma hali, aşırı uykulu/aşırı uyanık olma, nedensiz sulu gözlü/aşırı şakacı olma, içe dönük kendini soyutlama/sınırsız insan arama, üretkenlikte belirgin değişkenlik gibi özellikleri içerir.

Anksiyöz Mizaç: Erken başlangıç yaşı (<21 yaş), davranışsal inhibisyona yatkınlık, yeni uyaranlar ve mücadele gerektiren durumlar karşısında psikolojik tepkisellik, anksiyete duyularının zararlı biyolojik ve psikolojik sonuçların göstergesi olabileceğine inanç, günlük değişimlere adaptasyonda zorluk, uykuya dalmakta zorluk ve dinlendirici olmayan uyku, psikosomatik rahatsızlıklara yatkınlık gibi özellikleri içerir.

BPB'nin etiyolojisi, klinik seyri ve tedaviye yanıt oranı afektif mizaç ile ilişkili bulunmaktadır (11). Ailesel geçiş, erken başlangıçlı hastalık, yüksek rekürrens ve antidepresanla manik kayma afektif mizaç varlığında daha fazla görülmektedir. Ayrıca hipertimik mizacı olanlarda manik, depresif mizacı olanlarda depresif dönemlerin daha sık görüldüğü bildirilmiştir (60). Manik kaymaların ise hipertimik mizaç varlığında daha sık görüldüğü bildirilmiştir (61). Psikotik bulgulu epizodlar irritabl mizaç varlığında daha sık görülmekte ve hızlı döngülülük afektif mizaç varlığıyla ilişkilendirilmektedir (6,62).

Akdeniz ve ark. yaptıkları çalışma ile bipolar hastalarda depresif mizacı %2,4, siklotimik mizacı %10,7, hipertimik mizacı %9,5, irritabl mizacı %6, anksiyöz mizacı %0 ve herhangi bir mizaca sahip olma varlığını %26,2 oranında saptamışlardır (7).

Vahip ve ark.'nın sağlıklı Türk popülasyonunda yaptıkları çalışmada irritabl mizaç %3,7, anksiyöz mizaç %3,7, depresif mizaç %3,1, siklotimik mizaç % 1,7 ve hipertimik mizaç % 1,2 oranında bulunmuştur (8).

BPBI tanılı hastalarla yapılan afektif mizaç varlığının hastalık seyri üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, siklotimik ve hipertimik mizaçlı olguların cinsiyet dağılımı, aile hikayesi, önceki ataklarının sayısı ve baskın tipi, hastaneye yatış sayıları, intihara yatkınlık durumu, komorbid anksiyete ve kişilik bozukluğu oranları arasında önemli farklılıklar saptanmıştır. Bu çalışmaya göre, siklotimik mizaç kadınlar arasında daha yüksek oranda saptanmıştır. Hipertimik mizaç özelliği bulunan hastalarda siklotimik mizaca kıyasla daha yüksek oranda manik epizod ve hastaneye yatış görülürken; depresif ve hipomanik epizodların ve intihar girişimlerinin ise siklotimik mizaç özelliği gösteren hastalarda hipertimik mizaca kıyasla daha sık gözlendiği belirtilmiştir. Siklotimik mizaca sahip bireylerin ailelerinde duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları daha yüksek oranda bulunmuştur. Ayrıca siklotimik mizata yaşam boyu psikiyatrik komorbidite, panik bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğu hipertimik mizaçlı bireylere göre daha yüksek oranda saptanmıştır (63).

Depresif, anksiyöz ve siklotimik mizaç kadınlarda; hipertimik ve irritabl mizaç ise erkeklerde daha sık oranda görülmektedir (64-66). BPB tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada kadınların erkeklere göre daha az hipomanik ve daha fazla depresif epizod geçirdikleri, yaşam boyu daha yüksek oranda anksiyete ve somatizasyon bozukluğu ek tanısı aldığı saptanmıştır. Bu farklılığın kadınlarda daha yüksek oranda depresif mizaç, erkeklerde ise daha yüksek oranda hipertimik mizaç görülmesi sebebiyle olduğu bildirilmiştir (67).

Karma zellikli epizodlar ile ilgili bir çalışmada, depresif ve anksiyöz mizacın karma epizodda daha sık, hipertimik mizacın ise daha az görüldüğü saptanmıştır (68). Başka bir çalışmada ise karma epizod gözlenen hastalarda depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanlarının anlamlı olarak yüksek bulunduğu saptanmıştır (69). Yapılan çalışmalarda hipertimik mizaca sahip kişilerde manik epizod sırasında depresif semptomların az görüldüğü, yani karma belirtilerin daha az olduğu saptanmıştır. Pr maninin erkeklerde daha fazla görülmesinin nedenlerinden birinin erkeklerin daha yüksek hipertimik mizaca; karma belirtili maninin kadınlarda daha çok görülmesinin sebeplerinden birinin ise kadınların depresif mizaca sahip olmaları

olduğu gösterilmiştir. Karma özellikli manik epizodun, karşıt yani depresif mizaç özelliklerin varlığında ortaya çıktığı belirtilmektedir (69,70).

Siklotimik mizaca sahip olan hastalarda BPBII daha sık görülmektedir (71). Akiskal ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, siklotimik mizaca sahip bireylerin hastalığının ve psikiyatrik yardım arayışının erken yaşta başladığı, depresif semptomlarının baskın olduğu, hastalığın başlangıcı ve bipolar tanısı alma arasında geçen sürenin uzun olduğu, daha yüksek oranda psikiyatrik komorbiditenin eşlik ettiği saptanmıştır (72). Depresif bozukluk ve siklotimik mizaç ilişkisi ile ilgili bir çalışmada, siklotimik mizaca sahip hastalarda depresif epizodların daha erken yaşta başladığı ve daha fazla sayıda olduğu, son epizodlarında diğer hastalara göre daha çok psikotik ve melankolik özellik ile intihar fikir ve girişimi olduğu bulunmuştur (73).

Major depresyon, BPBI ve BPBII tanılı hastaların mizaç özelliklerini karşılaştıran bir çalışmada, siklotimik ve anksiyöz mizaç BPB tanılı hastalarda majör depresyon tanılı hastalara kıyasla daha sık gözlenirken, BPBI tanılı hastalarda BPBII tanılı hastalara kıyasla hipertimik mizaç daha sık saptanmıştır. Mizaç özelliklerinin majör depresyon ve BPB ayırıcı tanısında yol gösterici olabileceğini öne süren bir çalışmada ise hipertimik, irritabl ve siklotimik mizaçların BPB'de majör depresyona kıyasla daha fazla gözlenmiştir (74,75).

Hiçbir afektif mizaca sahip olmayan BPB tanılı hastalarda düşük epizod sayısı, daha yüksek çalışma oranları gibi iyi prognostik özellikler gözlenmiştir (76).

Ailesel-genetik çalışmalarda BPB tanılı kişilerin sağlıklı akrabalarında afektif mizaç puanları; sıklıkla siklotimik ve hipertimik mizaç yüksek saptanmıştır (11,77,78). Eşik altı semptomlara sahip BPB tanılı ebebeynlerin çocuklarında siklotimik, irritabl, depresif ve anksiyöz mizaçlar yüksek saptanmış; siklotimik ve hipertimik mizaçlar BPB'li bireylerin çocuklarında daha iyi bilişsel işlevlerle ilişkili bulunmuştur (79).

Mizaç özellikleri ile intihar fikri ve girişimi arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalarda en güçlü ilişkinin siklotimik, depresif, irritabl mizaçla olduğu bulunurken, en zayıf ilişkinin ise hipertimik mizaçla saptandığı görülmektedir (80,81). Beş mizaç tipinin de yüksek intihar riski ile ilişkili olduğunu bildiren yayınlar da bulunmakla birlikte özellikle siklotimik mizaç varlığında intihar fikri ve girişiminin yüksek olduğu saptanmıştır (82,83). Vazquez ve ark.'nın yaptığı çalışmada

duygudurum bozukluklarında intihar girişiminin sıklığına karşın, hipertimik mizacın intihar girişimi açısından koruyucu olduğu saptanmıştır (84).

Alkol ve madde kullanımı ile mizaç ilişkisine bakıldığında, siklotimik ve irritabl mizacın alkol ve madde kullananlarda daha sık saptandığı görülmektedir (85,86).

## **2.2. CİNSELLİK**

### **2.2.1. Tanım ve Tarihçe**

Cinsellik doğum öncesi başlayan ve ömür boyu devam eden, insanların değerleri, duyguları, inanışları, kişilikleri, davranışları, fiziksel görünüşleri ve içinde yaşadıkları toplumlara göre şekillenen bir kavramdır. Cinsellik kişinin içinde hissettiği ve başkaları ile paylaşmak istediği, haz veren enerji olarak tanımlanabilir (87,88). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre cinsellik; bedensel, duygusal, entelektüel ve sosyal yanların kişiliği, iletişimi ve sevgiyi zenginleştirici etkilerinin toplamından oluşur (89).

Cinselliğin bilimsel olarak ele alınışı 20. yüzyılın başlangıcına denk gelmektedir. Henry Havelock Ellis ve Sigmund Freud, cinsellikte bilimsel araştırmalar için öncülük yapmışlardır. Freud "Cinsellik Üzerine Üç Deneme" kitabında, ilk defa libido kavramından bahsetmiştir. 20. yüzyılın ikinci yarısında Alfred Charles Kinsey, William Howell Masters, Virginia Eshelman Johnson, Harry Benjamin ve Helen Singer Kaplan'ın cinsellik, cinsel işlevler ve cinsel işlev terapileri alanlarına katkıları olmuştur. İnsanın cinsel davranışıyla ilgili ilk kapsamlı çalışmada Kinsey ve ark. 1938 ile 1952 yılları arasında kişilerle yüz yüze görüşmeler yaparak kişilerin cinsel alışkanlıkları ile cinsel davranış biçimlerini araştırmışlardır. Böylece ilk defa insanlar üzerinde cinsellik alanında çalışmalar yapılmıştır (89).

### **2.2.2. Cinsel Fizyoloji ve Cinsel Yanıt Döngüsü**

Masters ve Johnson Modeli'ne göre cinsel yanıt siklusu 4 evreden oluşmaktadır:

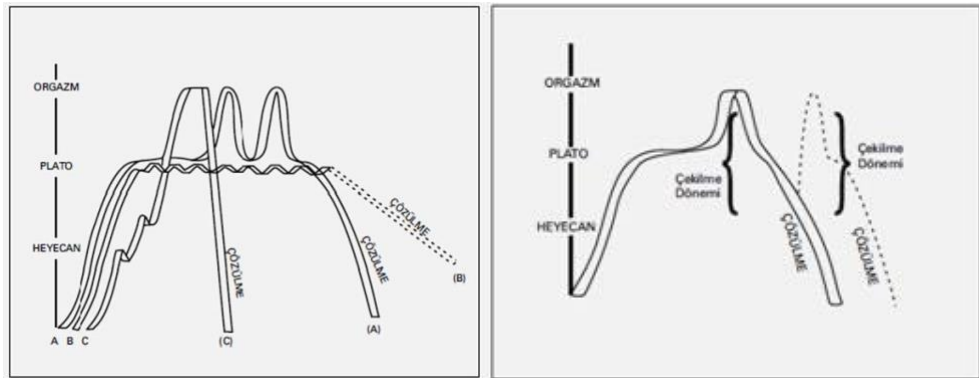
1. Uyarılma (heyecan) evresi
2. Plato evresi
3. Orgazm evresi

#### 4. Çözülme evresi

Helen Singer Kaplan ise 1979 yılında Masters ve Johson'ın 4 evresine ek olarak cinsel isteği tanımlamıştır. Kaplan'ın modeline göre cinsel yanıt siklusu; arzu (istek), uyarılma ve orgazm olmak üzere üç faza ayrılmaktadır (90). Kaplan ayrıca, cinsel işlevlerin bifazik nitelikte olduğunu belirleyerek cinsel yanıtın birbirinden görece bağımsız iki aşamalı fizyolojisinden bahsetmiştir. Kaplan'a göre bu aşamalardan ilki; uyarılma ve plato evrelerine denk düşen, erkekte sertleşme (ereksiyon), kadında ise vajinal ıslanma (lubrikasyon) ve kabarmayı sağlayan genital vazokonjesyon yanıtıdır ve parasempatik aktivasyon ile oluşur. İkinci aşama ise orgazm evresine denk düşen, refleks klonik kas kontraksiyonlarıdır ve sempatik aktivasyon ile oluşur. Cinsel yanıtın bu iki ayrı fazı, sinir sisteminin farklı bölgelerinden innerve edilmekte, travma, ilaç ve yaş gibi fiziksel etkenlerden farklı ölçülerde etkilenmekte ve farklı psikopatolojik mekanizmalarla farklı klinik sendromlara yol açmaktadır (91).

Basson, kadın cinsel yanıtını non-lineer olarak değerlendirdiği modelde uyarı ve isteğin birbiri ile karşılıklı etkileşim halinde oldukları, evreler arasında geçişin her zaman düzenli sırayla olmadığı; kişiden kişiye değişebildiği ve cinsel yanıt döngüsünün başlaması için kendiliğinden oluşan cinsel isteğin şart olmadığı, bazen cinsel uyarının da cinsel istek oluşturabileceği belirtilmiştir (92).

#### Cinsel Yanıt Evreleri



**Şekil 1:** Kadın ve Erkeklerde Cinsel Yanıt Döngüsü (91).

İstek evresi: Cinselliğin kişi tarafından istenmesi ve arzulanmasını içerir. İstek ve arzuya göre kişinin cinselliği oluşturacak iletişim, fantezi, ortam, partner ilişkileri vb. karmaşık davranışları gerçekleştirmesini sağlayacak motivasyonu oluşturur. Bu evre cinselliğin ruhsal yönünü ve öznel uyarılmayı içermektedir. Cinsel döngünün en önemli evresidir (93).

Uyarılma evresi: Herhangi bir bedensel ya da psikolojik uyararla veya her ikisiyle ortaya çıkabilmektedir. Bu evre kadında vajinal ıslanma (lubrikasyon), erkekte ereksiyon ile karakterizedir. Kadında bu evrede cinsel organlara kan akışında artış (vazokonjesyon) ve buna bağlı olarak ıslanma, kabarma gibi değişiklikler ile memelerde büyüme ve meme uçlarında sertleşme ortaya çıkar. Erkekte sertleşme (ereksiyon), skrotal deride gerilme, testislerin yükselmesi gözlenir (93). Cinsel uyararı yeterli süre ve yoğunlukta devam ettiğinde uyarılma evresi çok kısa sürebileceği gibi, cinsel uyarının aralıklarla sürdürüldüğünde ya da kişi kendisine uygun olmayan cinsel uyarılarla karşılaştığında bu evre uzayabilir, hatta kaybolabilir. Kişiye uygun cinsel uyarı devam ederse ereksiyon tekrar sağlanabilir (91).

Plato evresi: Uyarılma evresinin devamı niteliğinde olan bu evrede, cinsel uyarının sürdürülmesi ve cinsel heyecanın artmasıyla birlikte plato evresine geçilir. Cinsel organlardaki kanlanma artışının yanında kan dolaşımı hızlanır. Plato evresinin sonlarına doğru kaslardaki gerilim, nefes alışverişte hızlanma, kalp hızında artış, kan basıncında yükselme belirginleşir. Bu evre orgazm evresine giriş niteliğindedir (93).

Orgazm evresi: En kısa süren fakat cinsel hazzın en yoğun yaşandığı evredir. Orgazm sırasında kadında perine ve vajinanın dış 1/3'lük kısmındaki kaslarında ritmik kasılmalar, erkekte ritmik kontraksiyonlarla beraber ejakülasyon meydana gelir. Kaslardaki gerilim, hızlı nefes alışverişi, kalbin hızında ve kan basıncında artış orgazm boyunca da sürer. Masters ve Johnson, ejakülasyonu iki aşamalı olarak tanımlamışlardır: Emisyon evresi, ejakülasyon evresi. Emisyon evresinde semen prostat kanalında birikir ve üretraya geçişe hazırlanır. Boşalmanın kaçınılmaz bir şekilde gelmekte olduğu hissi yaşanır. Ejakülasyon evresinde ise orgazm duygusunun eşlik ettiği perine ve bulbokavernöz kasların kasılmasıyla birlikte semen üretral açıklıktan dışarı atılır (93,94).

Çözülme evresi: İstirahat haline dönüş olarak da bilinen bu evrede vücutta oluşmuş fizyolojik değişiklikler aynı sırayı takip ederek kaybolur. Kadınlar, tekrar cinsel

uyaranın başlamasıyla orgazm olabilme potansiyeline sahipken erkekler çözümlenme evresinden sonra refrakter döneme girerler. Yanıtsız evre olarak da adlandırılan bu evre erkeklere özgüdür, süresi yaşa ve kişiye göre değişebilir. Refrakter dönemin bitimine kadar tekrar ereksiyon ya da orgazm mümkün değildir. Bu nedenle erkeklerin cinsel yanıt döngüsü tek tiptir (91,93).

### **2.2.3. Cinsel İşlev Bozuklukları**

Araştırmaların başladığı 1970'li yıllardan bu yana cinsel işlevlerin istek, uyarılma ve orgazm aşamalarından oluştuğu, vajinismus ve dispareni gibi cinsel birleşimde ağrı ile giden CİB dışında diğer CİB'in bu evrelerin bozulmasıyla ortaya çıkan ve her evreye denk düşen farklı hastalıklar topluluğu olduğu kabul edilmektedir (91).

Cinsel sorunun bozukluk olarak kabul edilebilmesi için bireyde rahatsızlık yaratıyor olması gereklidir. Her bir bozukluk başlangıcına göre; primer (yaşam boyu) veya sekonder (edinilmiş), niteliğine göre; yaygın veya durumsal olarak alt tiplere ayrılmıştır. Yaşam boyu, CİB'in ilk cinsel etkinlikten beri süregeldiğini; edinilmiş, CİB'in normal bir cinsel işlevsellik dönemi sonrasında ortaya çıktığını ifade eder. Yaygın, CİB'in yalnızca belirli bir uyarım türü, belirli bir kişi veya durum ile ortaya çıkmadığını, durumsal ise CİB'in bu belirli durumlar ile ortaya çıktığını ifade eder (26,94).

DSM-5 tanı ölçütlerinde, tanılamada özgül süre ve şiddet ölçütleri kullanarak daha ölçülebilir ve somut tanımlamalar yapılmıştır. Önceki sınıflandırmalarda aynı lineer cinsel yanıt döngüsü varsayımı üzerinden sınıflandırma yapılırken, DSM-5'te kadın ve erkek CİB ayrı ayrı ele alınmıştır (95).

DSM-5' te cinsel işlev bozuklukları: Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu, Kadınlarda Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu, Sertleşme Bozukluğu, Kadınlarda Orgazm Bozukluğu, Geç Boşalma, Erken Boşalma, Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/ İçe Girme Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu, Diğer Tanımlanmış Cinsel İşlev Bozuklukları, Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozuklukları başlıklarında tanımlanmıştır (26).

### **2.2.3.1. Erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu:**

Cinsel içerikli düşüncelerin ya da cinsel etkinlik için isteğin yaklaşık 6 aylık bir süre boyunca sürekli ya da yineleyici olarak az olması ya da bulunmayışı olarak tanımlanır (26).

Azalmış cinsel istek bozukluğu, cinsel hayatın tümünde görülebildiği gibi bazı durumlarla da ilgili olabilir. Hasta partnerine karşı cinsel yakınlık isteği duymazken mastürbasyona, erotik film izlemeye istekli olabilir. Genellikle cinsel etkinliği başlatan taraf olmadığından yakınlık isteksizce sürdürebilirler. Bu durum azalmış cinsel istek, uyarılma ve boşalma ile ilgili sorunlara sebep olabilir. Azalmış cinsel istek ise yetişkin hayatın başından beri olabileceği gibi sonradan da ortaya çıkabilir (93).

18-24 yaş aralığında erkeklerde %6 ve 66-74 yaş aralığında ise %41 oranında cinsel istek problemleri bildirilirken, 16-44 yaş arası erkeklerde altı ay ve üzeri devam eden cinsel istek azlığı daha düşük oranlarda (%1,8) bildirilmiştir (26). Yapılan bir çalışmada 18 ila 59 yaşları arasındaki erkeklerde azalmış cinsel istek sıklığı %13 ila %17 arasında saptanmış; eğitim seviyesi yüksek ve evli kişilerde bu sıklık azalırken yaşla birlikte arttığı görülmüştür (96).

Kronik hastalıklar, psikiyatrik rahatsızlıklar, kullanılan ilaçlar, kişilik sorunları, cinsel kaçınmalar, altta yatan parafililer, çocuk sahibi olmak istememek, stres ve üzüntü kaynağı olan yaşam olayları, iş problemleri, yaş ve çekicilikle ilgili endişeler, eşe ilgi kaybı, yakınlık sorunları, evlilik çatışmaları, eşin cinsel sorunları cinsel istek azlığı nedenleri arasındadır (93).

### **2.2.3.2. Erkeklerde sertleşme bozukluğu:**

Sertleşme bozukluğu, her cinsel etkinlikte veya cinsel etkinliklerin yaklaşık %75-100'ünde ya da neredeyse her cinsel etkinlik sırasında sertleşme (ereksiyon) sağlamada belirgin güçlük çekme, cinsel etkinliği bitirene dek sertleşmeyi sürdürme, sertlik düzeyinde belirgin azalma belirtilerinden birinin en az 6 aydır sürmesidir. Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamayacağı gibi ağır bir ilişki bozukluğundan ve gerginlik yaratıcı önemli başka etkenlerden kaynaklanamaz. Ayrıca bir madde/ilâç veya başka bir sağlık durumu, cinsel işlev bozukluğuna bağlanamaz (26). Cinsel yaşantının başından itibaren cinsel birleşme için

yeterli sertlik sağlanamamış ise yaşam boyu; cinsel yaşamın herhangi bir döneminde yeterli sertleşme ile giriş sağlanmış, ancak daha sonra sertleşme zorluğu ortaya çıkmışsa edinilmiş tiptedir. Bazen sabah sertlikleri ya da mastürbasyon sırasında sertleşme olurken cinsel birleşme sırasında sertlik yitimi olabilir veya eş dışı bir partner ile sertleşme ve giriş sağlanabilirken eş ile sağlanamayabilir. Bu gibi belirli tür uyarı ve durumlar, eşlerle ortaya çıktığında durumsal tip sertleşme bozukluğu tanısı alır (27).

Sertleşme bozukluğu etyolojisi arasında organik nedenler olabileceği gibi psikolojik faktörler de bulunabilir. Bu faktörler arasında yetersiz cinsel bilgilendirme, yetiştirilme koşulları, erkek cinsel rol kimliği, performans endişesi, ilk cinsel birleşme deneyimi, cinsel eş ile ilgili sorunlar, aldatılma, hamilelik ve doğum, cinsel mitler, depresyon, anksiyete bozuklukları bunlardan bazılarıdır (93).

### **2.2.3.3. Erken boşalma:**

En az 6 aydır süren ve her cinsel etkinlikte veya cinsel etkinliklerin yaklaşık %75-100'ünde ya da neredeyse her eşli cinsel etkinlik sırasında, sürekli ya da yineleyici olarak, vajinaya girdikten sonra yaklaşık bir dakika içinde ve kişinin isteğinden önce boşalmasıdır. Vajinayı kapsamayan cinsel etkinlik için özgül süre kriteri belirlenmemiştir. Bu belirtiler cinsel yaşantının başından beri var ise yaşam boyu; alışılmış bir cinsel işlevsellik evresinden sonra ortaya çıkmışsa edinsel; sadece belirli tür uyarı, durum veya partnerle oluşuyorsa durumsal, herhangi bir uyarı, durum ya da partnerle sınırlı şekilde oluşmuyorsa yaşam boyu şeklinde adlandırılır. Bu belirtilerin kişide klinik açıdan sorun yaratacak düzeyde olması gerekmektedir (26).

Bazı araştırmacılar erken boşalma yaşayan erkeklerin bir kısmında fizyolojik yatkınlık olduğu, bir kısmında ise psikojenik ya da davranışsal koşullanmanın etkili olduğu fikrini ortaya koymuştur. Fizyolojik yatkınlığın sebebini daha kısa sinir latansına sahip olup, orgazma daha hızlı ulaşma olarak açıklamaktadırlar. Cinsel etkinlik ile ilgili endişe, vajina hakkında bilinçdışı korkular, olumsuz kültürel koşullanma, cinsel deneyimsizlik, kadına yönelik agresyon, ilk cinsel temasın ve cinsel eylemin çabuk sonlanması gereken (genelev gibi) veya başkaları tarafından görülmesinin utanç verici olduğu (paylaşılmış yurt odası, aile evi gibi) ortamlarda

yaşanmasını, psikojenik ve davranışsal koşullanmanın sebepleri olarak açıklamaktadırlar (94).

Erkeklerde en sık rastlanan cinsel işlev bozukluğu erken boşalmadır. Dünyada görülme sıklığı %20 ile %30 arasında değişmekte ve her 3 ya da 5 erkekte birinde bu probleme rastlanmaktadır (91,93). Erken boşalma, cinsel sorun nedeniyle yardım alan erkeklerin %35-40'ında başvuru nedenidir (94). Erken boşalmanın DSM-5'te yeni süre kriteri ile erkeklerin sadece %1-2'si erken boşalma tanısı almaktadır (26).

#### **2.2.3.4. Geç boşalma:**

Geç boşalma, en az 6 ay süreyle hemen hemen her eşli cinsel etkinlikte ya da neredeyse her cinsel etkinlikte (yaklaşık %75-100'ünde) kişinin isteği dışında boşalmada, belirgin gecikme veya belirgin boşalma seyrekliği ya da yokluğu olmasıdır (26).

Geç boşalma, erkek CİB arasında en nadir görülendir. Erkeklerin %75'inin her cinsel etkinlikte boşalmaya ulaştığı belirtilirken, 6 ay ve üzeri süren boşalmada güçlük yakınması %1'in altında saptanmıştır (26).

Genellikle partnerle olan cinsel ilişkide görülen geç boşalma, mastürbasyonla nadiren ortaya çıkar. Yaşam boyu geç boşalma tanısı alan bir erkek, partnerli cinsel ilişkide hiç boşalma yaşamamıştır. Öncesinde olağan cinsel işlevsellik söz konusu ise geç boşalma edinilmiş olarak belirtilir (27).

Yaşam boyu geç boşalma tanısı alan erkeklerin genelde sert ve baskıcı bir ailede yetiştikleri, cinselliği günah olarak algıladıkları, bilinçli veya bilinçdışı suçluluk duygularına sahip oldukları, cinsellik dışında da yakınlaşma sorunları yaşadıkları öne sürülmektedir. Edinilmiş geç boşalmada ise partnerin çekici gelmemesi, ilişkiden memnun olmama, performans kaygısı, eşin gebelik planı, bağlanma korkuları, boşalmanın aşırı kontrol edilmesi gibi faktörler etkili olabilmektedir (27,93). Bununla birlikte son dönemde bu bozukluğun sıklığında artış görülmüştür. Bu durum antidepressan ilaçların kullanımındaki artış ve pornografi sitelerinin kullanımındaki artışa dayandırılmıştır. Bu siteler çok çeşitli kişiler ve etkinlikleri içeren bir uyarılma düzeyi sunarak partnerli cinsel ilişkide uyarılma zorluklarına yol açabilir (27).

### **2.2.3.5. Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu:**

Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu en az 6 ay süreyle cinsel ilgi/uyarılmanın yokluğu ya da belirgin olarak az olmasıdır. Bu bozukluk cinsel etkinliğe karşı ilgisizlik/çok az ilgi gösterme, cinsel içerikli düşüncelerin ya da düşlemlerin olmaması/çok az olması, cinsel etkinliği başlatmama/çok az başlatma veya eşinin başlatma girişimlerine karşılık vermeme, her cinsel karşılaşmada ya da cinsel karşılaşmanın yaklaşık %75-100'ünde, cinsel etkinlik sırasında, cinsel coşku ve hoşlanma olmaması/çok az olması, içten ya da dıştan gelen hiçbir cinsel simgeye (örn. yazılı, sözel ya da görsel) karşı cinsel ilgi ve uyarılmanın olmaması/çok az olması, her cinsel karşılaşmada ya da cinsel karşılaşmaların yaklaşık %75-100'ünde, cinsel etkinlik sırasında, cinsel organlarda ya da cinsel organların dışında bir duyum olmaması/çok az olması ile karakterizedir. Bu belirtiler cinsel yaşantının başından beri var ise yaşam boyu; alışılmış bir cinsel işlevsellik evresinden sonra ortaya çıkmışsa edinsel olarak adlandırılır (26).

DSM-5 tanı ölçütlerinde tanımlandığı haliyle kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğunun sıklığı net olarak ortaya konulmamıştır. Ancak cinsel istek ve uyarılma bozuklukları kadınlarda en sık görülen cinsel işlev bozukluğudur. Kadında cinsel istek ve uyarılma sorunlarının sıklığı yaş, kültürel özellikler, belirtilerin süresi, kişide sıkıntı yaratıp yaratmaması gibi faktörler ele alındığında farklılıklar göstermektedir (26,27).

Kadınlarda cinsel ilgi/uyarılma bozukluğunun pek çok nedeni vardır. Yaşam boyu cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu tanısı alan kadınların, sert ve baskıcı bir ailede yetiştikleri, cinselliği günah olarak algıladıkları, cinsellikle ilgili suçluluk duygularına sahip oldukları ve cinsel dürtülerinin bastırıldığı öne sürülmektedir. Edinilmiş ilgi/istek bozukluğunda ise yaşam koşullarındaki zorluklar, eşle yaşanan sorunlar, depresyon ve anksiyete bozuklukları, ilaç kullanımı, gebelik ve emzirme dönemi, menopoz, alkol ve madde kullanımı gibi faktörler etkili olmaktadır (91).

### **2.2.3.6. Kadında orgazm bozukluğu:**

Kadında orgazm bozukluğu en az 6 ay süreyle, her cinsel etkinlikte ya da cinsel etkinliklerin yaklaşık %75-100'ünde orgazmın gecikmesi, belirgin orgazm seyrekliği veya yokluğu ya da orgazm duyularının çok düşük yoğunlukta olmasıdır. Bu

belirtiler cinsel yaşantının başından beri var ise yaşam boyu; alışılmış bir cinsel işlevsellik evresinden sonra ortaya çıkmışsa edinsel olarak adlandırılır (26).

Yaşam boyu orgazm bozukluğu olan bir kadın herhangi bir uyarım şekliyle (mastürbasyonla, uyku sırasında rüyada, klitoral uyarıyla, cinsel birleşme ile vb.) hiçbir orgazm deneyimi yaşamamıştır. Edinilmiş orgazm bozukluğunda ise uyarım yöntemine veya koşuluna bakılmaksızın kadın en az bir kez orgazm yaşamıştır (27).

Kadında orgazm ile ilgili sorunların sıklığı %10 ile %42 arasında farklı oranlarda bildirilmektedir. Kadınların %10'u yaşamları boyunca orgazm yaşamazlar. Kadınların yaşla birlikte orgazm yaşama oranlarının arttığı ve orgazm devamlılığının cinsel eşe göre mastürbasyonla daha fazla olduğu bilinmektedir (26,27). Yeterli cinsel deneyimi olmayan genç kadınlarda cinsel birleşme ile orgazm olamama çok yaygın görülen bir durumdur. Orgazm sıklığı menopoz, hastalıklar ve ilaç kullanımlarının artması nedeniyle, 50'li yaşlardan sonra azalmaktadır (93).

Kadında orgazm bozukluğu etyolojisine bakıldığında, katı değer yargıları, suçluluk düşünceleri, cinsel travmalar, cinsel bilgi ve deneyim azlığı, partnerle olan duygusal iletişimin eksikliği, kısa ön sevişme ve yetersiz cinsel uyarı, partnerle çatışma, cinsel travma, ilaç kullanımı, alkol ve madde kullanımı sayılabilir (91).

#### **2.2.3.7. Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu:**

Cinsel organlar ve pelviste ağrı/içe girme bozukluğu en az 6 aydır süren, birleşme sırasında vajinaya girmede sürekli ya da yineleyici güçlük çekme, vajinaya girme ya da girme girişimleri sırasında vulvovajinada/pelviste belirgin ağrı duyma, vajinaya girme eyleminin gerçekleşeceği beklenirken ya da vajinaya girme sırasında veya girilmesinde ötürü, vulvovajinada/pelviste ağrı duymayla ilgili olarak belirgin bir korku veya kaygı duyma, vajinaya girme girişimi sırasında pelvis tabanı kaslarını çok germe ya da sıkmadır (26).

Disparoninin batılı kaynaklarda görülme sıklığı %3-43, vajinismusun ise %1-6 olarak saptanmıştır (97,98). Ülkemizde ise yapılan çalışmalarda vajinismus sıklığı %15,3 olarak belirlenmiş ve cinsel sorunlar nedeniyle tedavi başvurusunda bulunan kadınlarda en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olduğu bildirilmiştir (99-101).

Vajinismus gelişmesinde rol oynayan faktörler olarak cinsel travma, cinselliğin günahkarlıkla ilişkili olduğuna dair katı yetiştirme tarzı, ilk cinsel birleşme deneyimi ile ilgili ağrı beklentisi, cinsel mitler, partnerle sorunlar öne sürülmüştür (27,93).

#### **2.2.3.8. Maddenin/İlacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu:**

Klinik görünümüne klinik açıdan belirgin bir CİB egemendir. Belirtiler, madde entoksikasyonu ya da yoksunluğu sırasında veya bir ilaç aldıktan sonra gelişmiştir. Söz konusu madde/ilâç, CİB belirtileri ortaya çıkarabilir. Tanı, cinsel işlev sorununun madde ya da ilacın başlanması ve kesilmesi sonrasında belirtilerin görülmesine göre konulabilmektedir. Eğer sorun madde/ilâç kullanımı ile başlıyor, kesilmesi ile geçiyor ve tekrar başlaması ile yineliyorsa durumun madde/ilâç ile ilgili olduğu söylenebilir (26).

CİB, alkol, opiyat, sedatif, hipnotik veya anksiyolitik, stimülan (amfetamin, kokain vb.) ve diğer bilinmeyen maddelerin entoksikasyonu ya da yoksunluğu sırasında ortaya çıkabilir. CİB'e yol açabilen diğer ilaçlar antidepresanlar, antipsikotikler ve hormonal kontraseptiflerdir. Antidepresanların en sık bilinen yan etkileri orgazm veya boşalma zorluklarıdır. İstek ve sertleşme bozuklukları daha nadir görülür. Mirtazapin ve bupropiyon ise cinsel yan etki yapmadığı kabul edilen antidepresanlardır (26).

Hem tipik hem de atipik antipsikotiklerle cinsel istek, sertleşme, boşalma ve orgazm sorunları bildirilmektedir. Duygudurum düzenleyicilerden lityum ve antikonvülzanlar için de cinsel yan etkiler belirtilmektedir (26,27).

CİB'e neden olan ilaçlar; antihipertansifler (reserpin, guanetidin, metildopa, spironolakton, ACE inhibitörleri, kalsiyum kanal blokörleri), diüretikler (tiyazid grubu, furosemid, potasyum tutucular), psikotrop ilaçlar (antipsikotikler, duygudurum düzenleyiciler, antidepresanlar, anksiyolitik-sedatif ilaçlar, MAO inhibitörleri), alkol, uyuşturucu maddeler (alkol, nikotin, kafein, esrar, kokain, opioidler, barbitüratlar, metadon, morfin), mide koruyucu ilaçlar ( H2 reseptör antagonistleri), antihistaminik ve dekonjestanlar (klorfeniramin, difenhidramin hidroklorid, psödoefedrin vb), astım tedavisinde kullanılan ilaçlar (albuterol, terbutalin, epinefrin ve sempatomimetikler, teofilin gibi ksantinler, kortikosteroidler, antikolinerjikler), antikonvülzanlar (fenitoin, karbamazepin, VPA, fenobarbital vb), kardiyolojide kullanılan ilaçlar (dijital glikozitler, antiaritmikler, hipolipidemikler vb), kanser ilaçlarıdır (27,102).

### **2.2.3.9. Diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu:**

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili işlevsellikte düşmeye neden olan, CİB'in belirli özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların CİB tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Yazarken tanının yanında özel nedeni belirtilmelidir (örn. cinsellikten tikslenme) (26).

### **2.2.4. Bipolar Bozukluk ve Cinsellik**

#### **2.2.4.1. Bipolar bozuklukta kullanılan ilaçların cinsel işlevler üzerine etkisi:**

Lityum tedavisinin, istek bozuklukları, ereksiyon güçlükleri ve infertilite yapabildiğine ilişkin çeşitli yayınlar bulunmaktadır (103,104). Bildirilen erektil bozukluk oranı %5-20 arasındadır ve yapılan çalışmalarda lityumun kesilmesi ile cinsel işlevlerin düzeldiği bildirilmiştir. Ayrıca lityumun erkeklerde infertiliteye yol açtığı ve sperm yaşam süresini azalttığı gösterilmiştir (103,105).

BPB ve şizoafektif bozukluk tanısıyla takip edilen, remisyonda ve lityum monoterapisi alan 35 erkek hastanın cinsel işlev bozukluğu açısından değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların %23'ünde cinsel düşüncelerde azalma ve %20'sinde cinsel ilişki sırasında ereksiyon kaybı saptanmıştır. Saptanan cinsel sorunların belirgin sıkıntı oluşturmadığı ve tedavi uyumsuzluğuna yol açacak düzeyde olmadığı belirlenmiştir (106,107).

Antiepileptik ajanlar (valproik asit, lamotrijin, karbamazepin)'in BPB hastalarındaki cinsel işlevler üzerine olan etkisi ile ilgili çalışmalar yetersizdir. Genellikle epilepsi hastalarındaki etkileri üzerinde durulmuştur (103). Valproik asit kullanan hastalarda belirgin CİB olmadığı bildirilmesine karşın (103), epilepsi nedeniyle valproik asit kullanan genç kızlarda hiperandrojenizm gibi endokrinolojik yan etkiler çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Ayrıca valproik asitin kadınlarda polikistik over sendromuna yol açabildiği bilinmektedir (107,108).

Karbamazepin tedavisinin belirgin CİB yan etkisi olmadığı bildirilmesine karşın (103), yetişkin erkeklerde seminal değişiklikler, sperm hareketliliğinde ve konsantrasyonunda azalma, spermelerde yapısal değişiklikler, cinsel istekte azalma,

erektil disfonksiyon ve epilepsi hastalarında menstruel düzensizliklere yol açtığına ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (109,110).

Lamotrijin tedavisinin cinsel işlevler üzerine olumsuz etkisi nadiren görülmektedir. Lamotrijine başka bir antiepileptik ajandan geçildiğinde epilepsi hastalarının cinsel işlevlerinde iyileşme olduğu saptanmıştır (111).

Antipsikotik alan hastalarda cinsel işlev bozukluğuna ilişkin mevcut veriler göreceli olduğundan güvenilir değildir. BPB tanı hastalar antipsikotik ile duygudurum düzenleyici veya antidepresan tedavi aldığından değerlendirmek zordur (112). Antipsikotikler kolinerjik, serotonerjik, dopaminerjik ve adrenerjik sistem üzerindeki etkileri ve hiperprolaktinemiye yol açmaları nedeniyle libidoda azalma, anorgazmi, ereksiyonu sürdürmemeye, lubrikasyonda azalma, retrograd ejakülasyon gibi yan etkiler gösterebilmektedirler (103,112).

Antipsikotiklerin cinsel yan etkilerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda, en sık yan etkinin risperidon ve haloperidolle ortaya çıktığı, ketiapinin ise daha az yan etkiye sahip olduğu ve olanzapinle arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (113,114). Klozapin kan seviyeleri ile erkek hastaların libido azalması, ereksiyon ve ejakülasyon güçlükleri arasında ilişki bildirilmiştir (115).

Amisülpirid üzerine yapılan bir metaanalizde, hastaların %4 oranında endokrin ve cinsel yan etkilerden (116), sertindol kullanan erkeklerin %20'sinin en az bir kez kuru veya azalmış ejakülasyondan şikayetçi oldukları bildirilmiş (117); ziprasidon ile erkeklerde CİB görülme sıklığını 1/100- 1/1000 arasında, kadınlarda 1/1000'den daha az saptanmıştır (118). Aripiprazolün antikolinerjik etkisinin az olması nedeniyle CİB nadir olarak bildirilmiştir (119).

Buna ek olarak, antipsikotik ilaç dozu ile CİB oranları arasında önemli bir ilişki mevcuttur. Antipsikotik tedavi dozunun artışıyla birlikte hiperprolaktinemi görülmekte bu durum da CİB'e sebep olmaktadır (120).

Trisiklik antidepresan ve seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) cinsel yan etkilere yol açtığı bildirilmektedir. Antidepresanlar ile cinsel istekte azalma, menstrüasyon düzensizlikleri, dispareni, uyarılma ve ereksiyon güçlükleri; vajinal salgıda azalma, orgazm güçlüğü veya zaman zaman spontan orgazm; gecikmiş ya da orgazmsız ejakülasyon gibi yan etkiler görülebilmektedir. SSRI'ların kullanımı ile en

sık görülen cinsel işlev bozukluğu orgazm veya boşalma zorluklarıdır. Bu etki nedeniyle SSRI'lar prematür ejakülasyon tedavisinde kullanılmaktadır (103).

### 2.3. BİPOLAR BOZUKLUK VE ÇİFT UYUMU

Çift uyumunda partnerlerin kişisel algıları değil, aralarındaki ilişkinin niteliği önem kazanmaktadır (121). Whisman, çiftler arası uyum hakkında farklı bakış açıları olsa dahi bu konuda ortak buluşulan noktanın, eşlerin birbirleri ile iletişim ve etkileşimlerine dayalı algıladıkları memnuniyet olarak bildirmiştir (122). Yapılan araştırmalarda iletişim sorunu olmayan çiftlerde, kişilerin sorunları daha aşılabilir algıladığı, daha olumlu tutum ortaya koydukları ve sorunların çözümünde birlikte hareket edebildikleri için sorunlarla daha etkin baş edebildikleri gösterilmiştir (123). İletişim örüntüsü çatışma ağırlıklı olan çiftlerde ise sorunu erteleme, kaçma, öteleme, inkar etme ve projeksiyon gibi etkisiz baş etme davranışları görülmektedir (124).

Çift uyumunda önemli faktörlerden biri de cinsel uyumdur. Kadınlar cinsel ilişki için duygusal yakınlığa ihtiyaç duyarken, erkekler duygusal yakınlığı arttırmak için cinsel ilişkiyi kullanırlar. Cinsellik ve çift uyumu yakından ilişkilidir ve karşılıklı olarak birbirlerini etkileyebilmektedir. Çift uyumunun kötü olmasının temelde partnerler arasındaki ciddi sorunlardan kaynaklandığı, CİB'in bu sorunlara ikincil olarak geliştiği ve cinsel sorunun ağır çatışma yaratan ciddi sorunlardan daha önemsiz kaldığı belirtilmiştir (121,125). Yapılan bir araştırmada cinsel arzu ile evlilik doyumu arasında olumlu bir ilişki olduğu gösterilmiştir (126). Hartman, CİB ile çift uyumu ilişkisini incelediğinde; CİB görülen çiftlerin esnek düşünebilme, karşılıklı anlayışlı olma, paylaşımcı bir davranış sergileme, sorumlulukları üstlenme becerileri sayesinde kendileri ile eşlerinin duygu, düşünce ve davranışlarına uyum gösterdiklerini tespit etmiştir (127). CİB ile partner ilişkisinin araştırıldığı bir başka çalışmada, çift uyumu ve cinsel doyumun birbirleri ile etkileşim içerisinde olduğu, uyumlu bir birliktelik algısı olan kadın ve erkeklerin cinsel doyumlarının daha fazla olduğu gösterilmiştir (128).

BPB gibi epizodlarda seyreden kronik gidişat gösteren bir hastalığa sahip olan hastalar bedensel, psikolojik, sosyal ve yaşamsal alışkanlıklar yönünden zorluklar yaşamakta, bu durum eş ve aileyi yakından etkilemektedir (129). Frank ve ark. remisyonda BPB tanısı olan hasta ve eşleri ile sağlıklı çiftlerin evlilik uyumunu

incelemiş ve her iki grubun evlilik uyumunun benzer olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışma, hasta remisyondaysa ve kişinin evlilik düzeni başka bir biçimde bozulmazsa çiftin, sağlıklı çiftlere benzer şekilde tatminkar evlilik uyumu yakalayabileceğini göstermiştir (15).

BPB tanılı hastaların evlilik oranlarının şizofreni hastalarına kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (130). Ayrıca diğer zihinsel bozukluklarla kıyaslandığında çift ilişkilerini sürdürme düzeyi bakımından sağlıklı kontrollere daha yakın sonuçların olduğu gösterilmiştir (131). BPB’de evlilikte görülen gerginliğin sebeplerinden biri hastalığın semptomlarıdır. Kişilerarası zorluklarla ilişkili faktörler; duyarsızlık, kendi sorumluluklarının eşlerine yüklenmesi, kültürel ve ilişki normlarının dışına çıkılması, şiddet davranışları, sosyal aktivitelerde kısıtlanma ve aile gelirinde düşme gibi değişen sosyoekonomik faktörlerin BPB tanılı hastalarda çift uyumunu etkilediği birçok çalışmada bildirilmektedir (132). BPB’de çift uyumu sadece bireylerin ve partnerlerinin ilişkilerinde yaşadıkları sıkıntı nedeniyle değil, hastalığın seyrini etkileyebildiği için de önemlidir (14).

BPBI’de, BPBII’ye kıyasla çift uyumunun daha kötü olduğu gösterilmiştir. BPBI’in manik ve depresif epizodlarında, BPBII’nin hipomanik ve depresif epizodlarına kıyasla çift uyumu kötüleşmektedir. Komorbidite varlığı ve madde kullanımı BPB’de çift uyumunu olumsuz etkilemektedir (16).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. ÇALIŞMA EVRENİ

Çalışma evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Poliklinikleri'nde ayaktan takip ve tedavi görmekte olan, DSM-5 ölçütlerine göre BPB kriterlerini karşılayan hastalar oluşturmaktadır.

Çalışmamıza 2021 Mart-2021 Eylül tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Poliklinikleri'ne başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre BPB tanı kriterlerini karşılayan, ardışık olarak seçilmiş, yazılı onamları ile çalışmaya katılmaya gönüllü olduğunu bildiren, dahil edilme ölçütlerini karşılayan ve çalışmadan dışlama ölçütlerini karşılamayan remisyonda 101 hasta dahil edilmiştir.

##### 3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri:

- DSM-5'e göre BPB tanısını almış olmak
- 18-65 yaş arasında olmak
- En az son 3 aydır remisyonda olmak (HDDÖ<7 puan ve YMDÖ<5 puan) (133) (134).
- Tek başına duygudurum düzenleyici ya da atipik antipsikotik, 2'li duygudurum düzenleyici ya da duygudurum düzenleyiciye ek olarak en düşük etkin dozda "2 mg haloperidol, 100 mg klorpromazin eşdeğeri" oral atipik antipsikotik kullanıyor olmak (risperidon 2 mg/gün, olanzapin 5 mg/gün, ketiapin 75 mg/gün, aripiprazol 7.5 mg/gün) (135).
- En az ilkokul mezunu olmak
- Evli veya cinsel partnere sahip olmak
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek

### **3.1.2. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri:**

- Epilepsi, demans, beyin hasarı gibi nörolojik hastalıklarının olması
- Mental retardasyon, otizm gibi nörogelişimsel bozuklukların olması
- DSM-5 tanı kriterlerine göre BPB dışında eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluğu olan hastalar (özellikle fobi haricinde)
- Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu olması
- Son 6 ay içinde EKT uygulanmış olması
- Cinsel işlevleri etkileyebilecek herhangi bir genel tıbbi durum (hipertansiyon, diyabetes mellitus, hipotiroidi, endokrin ve genitoüriner hastalık öyküsü) ve ilaç kullanımı
- Kadın katılımcılarda gebelik varlığı ve oral kontraseptif dahil hormon içerikli ilaç kullanıyor olması
- Antidepresan kullanıyor olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek

## **3.2. GEREÇLER**

### **3.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu**

Katılımcılara çalışma hakkında sözel ve yazılı bilgi verilmiş, onamları yazılı olarak alınmıştır.

### **3.2.2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu**

Çalışmanın amacına yönelik olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış, hastaların sosyodemografik ve klinik seyir özelliklerini değerlendirmeyi amaçlayan görüşme formudur.

### **3.2.3. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ):**

Rust ve Golombok tarafından 1985'te geliştirilen ölçek, cinsel işlevleri ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş bir ölçektir (136). 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, doyum, 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 geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tuğrul ve ark. tarafından 1995 yılında yapılmıştır (137).

### **3.2.4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)**

Hamilton tarafından 1960'ta geliştirilip yayımlanan depresyon derecelendirme ölçeğinin klinikte sıkça uygulanan 17 maddeli versiyonu kullanılmıştır. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. En yüksek 53 puan alınır. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir (138). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve ark. tarafından test edilmiştir (139).

### **3.2.5. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)**

Young ve ark. tarafından 1978'de manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir (140). Ölçek toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Yükselmiş duygudurum, hareket ve

enerji artışı, cinsel ilgi, uyku, iritabilite, konuşma hızı ve miktarı, düşünce yapı bozukluğu, düşünce içeriği, yıkıcı ve saldırgan davranış, dış görünüm, içgörü gibi alt grupları bulunmaktadır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve ark. tarafından yapılmıştır (141).

### **3.2.6. Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ)**

Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği, 1976'da Spanier tarafından geliştirilen 32 maddeden oluşan Çift Uyum Ölçeği'nin 1995'te Busby ve ark. tarafından yeniden düzenlenerek 14 maddeye indirgenmiş son halidir (142). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Bayraktaroğlu ve Çakıcı tarafından yapılmış olan ölçek, toplam 14 maddeden oluşmakta ve ölçeğin doyum, uzlaşım, görüş birliği olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 70 puandır ve alınan puan ilişki kalitesini göstermektedir (143).

### **3.2.7. Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS-A)**

Akiskal ve ark. tarafından 1997'de düzenlenmiştir. Orijinal ölçek erkekler için 109, kadınlar için 110 maddedir. Türkçe'ye uyarlanmış hali 100 maddeden oluşur. Ankette depresif mizaç 19, siklotimik mizaç 19, hipertimik mizaç 20, iritabl (sınırlı) mizaç 18 ve anksiyöz (endişeli) mizaç ise 24 madde ile sorgulanmaktadır. Kesme puanı sırası ile 13, 18, 20, 13 ve 18'dir. Türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Vahip ve ark. tarafından yapılmıştır (8).

### **3.2.8. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu (SCID-5CV)**

Klinik tanı koyma amacıyla geliştirilmiş, görüşmeci tarafından uygulanan, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. DSM-5'te bulunan bozuklukları tanı ölçütlerine göre araştırmaktadır. First ve ark. (144) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Elbir ve ark. tarafından yapılmıştır (145). Çalışmaya katılacak hastaların tanılarını doğrulamak amacıyla kullanılmıştır.

### 3.3. YÖNTEM

Çalışmamız için 15.03.2021 tarihinde, 2021/153 protokol numarası ile Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

Kesitsel nitelikli bu çalışmada, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde ayaktan takip ve tedavi edilmekte olan DSM-5 tanı kriterlerine göre BPB tanısı alan hastalar ile görüşülmüş, çalışmaya katılmayı kabul eden, 18-65 yaş aralığındaki 101 hasta Mart 2021-Eylül 2021 tarihleri arasında ardışık olarak çalışmaya dahil edilmiştir. YMDÖ<5, HDDÖ<7 olacak şekilde, en az 12 haftadır remisyonda olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılar çalışmaya alınmadan önce çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı onamları alınmıştır.

Belirtilen zaman aralığı içinde, ayaktan tedavi ünitesinde takip edilen 101 hasta ile görüşülmüş, bu hastalara SCID-5CV uygulanarak BPB tanısı doğrulanmıştır. Olguların sosyodemografik ve klinik bilgileri alınarak, remisyonu saptamak için Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) uygulanmıştır. Öz bildirim dayalı ölçekler olan Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ), Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS-A) verilmiştir.

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu'ndaki BPB ile ilgili veriler (hastalık süresi, ilaç tedavi dozu vb.), hem görüşme sırasında hastadan ve yakınından alınan bilgilerle hem de hastanın hastanemizde olan tıbbi kayıtlarının incelenmesiyle elde edilmiştir.

### 3.4. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS 24.0 kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans) kullanılmıştır.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Parametrik varsayımların karşılandığı değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi, kategorik değişkenlerin sıklıkların ve oranların karşılaştırılmasında ki-kare kullanılmıştır. Çalışmada nitel ve nicel ilişkilerin

karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren verilerde Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Tüm analizlerin sonuçlarında, anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  ve  $p < 0,01$  olarak belirlenmiştir.



## 4. BULGULAR

### 4.1. ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya alınan hastaların 40'ı (%39,6) erkek, 61'i ise (%60,4) kadındır. Hastaların 42 (%41,6)'si ilkokul, 18 (%17,8)'i ortaokul, 18 (%17,8)'i lise, 12 (%15)'si önlisans/lisans eğitimine sahiptir. Hastaların 99'u (%98) evli iken, bu hastaların 53'ü (%53,5) anlaşarak, 46'sı (%46,5) görücü usulü ile evlenmiştir. Hastaların 88 (%87,1)'i çocuk sahibiyken, 13 (12,9)'ünün çocuğu yoktur. Çalışma durumlarına bakıldığında, 28 (%27,7) hasta düzenli, 10 (%9,9) hasta düzensiz çalışmakta ve 7 (%6,9) hasta emekli iken 56 (%55,4) hasta çalışmamaktadır (Tablo 1).

**Tablo 1:** Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

		Sayı	(%)
Cinsiyet	Erkek	40	39,6
	Kadın	61	60,4
Medeni Durum	Evli	99	98,0
	Bekar	2	2,0
Evlilik Şekli	Anlaşarak	53	53,5
	Görücü usulü	46	46,5
Çocuk	Var	88	87,1
	Yok	13	12,9
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	42	41,6
	Ortaokul mezunu	18	17,8
	Lise mezunu	18	17,8
	Önlisans/Lisans mezunu	23	22,8
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	56	55,4
	Düzensiz çalışıyor	10	9,9
	Düzenli çalışıyor	28	27,7
	Emekli	7	6,9

#### 4.2. ÖRNEKLEMİN HASTALIK ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR

İlk geçirilen duygudurum epizodu türü mani olan 69 (%68,3), depresyon olan 31 (%30,7) ve karma olan 1 (%1) hasta vardır. Hastaların 16 (%15,8)'sının intihar öyküsü bulunmaktadır. Duygudurum epizodlarında mevsimsellik özelliği olan 50 (%49,5), psikotik belirti olan 75 (%74,3) hasta vardır. Ailede psikiyatrik hastalığı olan 44 (%43,6), EKT öyküsü olan 29 (%28,7) hasta vardır. Hastaların 95 (%94,1)'i BPBI, 6 (%5,9)'sı BPBII tanılıdır (Tablo 2).

**Tablo 2:** Örneklemnin Klinik Özellikleri

		Sayı	(%)
Sigara Kullanımı	Var	44	43,6
	Yok	57	56,4
İlk Geçirilen Duygudurum Epizodu	Mani	69	68,3
	Depresyon	31	30,7
	Karma	1	1,0
İntihar Öyküsü	Var	16	15,8
	Yok	85	84,2
Mevsimsellik	Var	50	49,5
	Yok	51	50,5
Ataklarda Psikotik Belirti	Var	75	74,3
	Yok	26	25,7
EKT Öyküsü	Var	29	28,7
	Yok	72	71,3
BPB Tipi	BPBI	95	94,1
	BPBII	6	5,9
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	44	43,6
	Yok	57	56,4

EKT= Elektrokonvülsif Terapi, BPB=Bipolar Bozukluk

### 4.3. ÖRNEKLEMİN İLAÇ KULLANIMINA AİT BULGULAR

Duygudurum dengeleyici kullanan 96 (%95) hasta vardır. Hastaların 24 (%23,8)'ü lityum, 6 (%5,9)'sı valproik asit monoterapisi altında olup atipik antipsikotik kullanan 64 (%63,4) hasta vardır. Hastaların 4 (%4)'ü ilaç kullanmamaktadır (Tablo 3).

**Tablo 3:** Örneklem İlaç Kullanım Özellikleri

	Sayı	(%)
Yok	4	4,0
Lityum	24	23,8
Valproik Asit	6	5,9
Atipik Antipsikotik	1	1,0
Lityum+Atipik Antipsikotik	35	34,7
Valproik Asit+Atipik Antipsikotik	28	27,7
Lityum+Valproik Asit	3	3,0

### 4.4. ÖRNEKLEMİN HASTALIK ÖZELLİKLERİ VE DİĞER SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması  $42,67 \pm 8,15$  yıldır. BPB başlangıç yaşı ortalaması  $27,06 \pm 7,74$  yıldır. Toplam geçirilen duygudurum epizodu sayısı  $3,93 \pm 3,18$ 'dir. Psikiyatri kliniği yatış sayısı ortalama  $1,97 \pm 2,24$ 'tür. Ortalama remisyon süresi  $51,386 \pm 52,60$  aydır. Ortalama evlilik veya birliktelik süresi ise  $17,42 \pm 10,31$  yıldır (Tablo 4).

**Tablo 4:** Örnekleme Ait Demografik ve Klinik Veri Ortalamaları

	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>
<b>Yaş</b>	101	27,00	61,00	42,6733	8,15979
<b>Evlilik süresi (yıl)</b>	99	2,00	40,00	17,4242	10,31849
<b>BPB başlangıç yaşı</b>	101	14,00	48,00	27,0693	7,74243
<b>Duygudurum epizodu sayısı</b>	101	1,00	14,00	3,9307	3,18828
<b>Psikiyatri kliniği yatış sayısı</b>	101	,00	14,00	1,9703	2,24257
<b>Remisyon süresi (ay)</b>	101	4,0	240,0	51,386	52,6063

Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Min=Minimum Değer, Max=Maksimum Değer, BPB=Bipolar Bozukluk

#### **4.5. ÖRNEKLEMİN AFEKTİF MİZAÇ ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR**

Hastalar arasında baskın mizaç özelliği göstermeyen 83 kişi (%82,2) bulunurken 9'unda (%8,9) depresif mizaç, ikişer hastada ise (%2) irritabl ve anksiyöz mizaç özellikleri görülmüştür (Tablo 5).

**Tablo 5:** Örneklemin Afektif Mizaç Özellikleri

	<b>Sayı</b>	<b>(%)</b>
<b>Yok</b>	83	82,2
<b>Depresif</b>	9	8,9
<b>İrritabl</b>	2	2,0
<b>Anksiyöz</b>	2	2,0
<b>Depresif ve Anksiyöz</b>	3	3,0
<b>İrritabl ve Anksiyöz</b>	1	1,0
<b>Depresif ve Siklotimik</b>	1	1,0

Çalışmadan elde edilen TEMPS-A kesme puanlarına göre baskın mizaç özelliği gösteren 18 hasta olduğu saptanmıştır. Uygun dağılım göstermesi adına mizaç özelliği gösteren ve göstermeyen iki grupta incelenen verilerde cinsiyete göre

karşılaştırma için ki-kare analizi yapılmış, baskın mizaç özelliğine sahip olma durumunun cinsiyete göre farklılık göstermediği saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6:** Baskın Mizaç Özelliğinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

			Cinsiyet		Toplam	X <sup>2</sup>
			Erkek	Kadın		
<b>Baskın Mizaç Özelliği</b>	<b>Yok</b>	Sayı	33	50	83	,005 (.945)
		%	39,8%	60,2%	100,0%	
	<b>Var</b>	Sayı	7	11	18	
		%	38,9%	61,1%	100,0%	
<b>Toplam</b>		Sayı	40	61	101	
		%	39,6%	60,4%	100,0%	

Ki-kare, \*=  $p<0.05$ , \*\*=  $p<0.01$

Örneklemin yalnızca küçük bir kısmının TEMPS-A kesme puanını geçmesi nedeniyle kategorik verilere (var-yok) yönelik istatistiksel analiz yöntemi yerine mizaç özelliklerini değerlendiren puanlamada elde edilen puanlar kullanılmıştır.

#### **4.6. KADINLARDA TEMPS-A İLE ÇUÖ VE GRCDÖ TOPLAM VE ALT ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ KORELASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİNE AİT BULGULAR**

Çalışmadan elde edilen Çift Uyum Ölçeği, TEMPS-A ve Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği alt ölçek puanlarının birbirleri ile ilişkisi Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiştir. Kadınların ölçek puanlarındaki analizlere göre depresif mizaç özelliği puanlarının kaçınma, dokunma ve GRCDÖ toplam puanları ile pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Siklotimik mizaç özelliği puanlarının ise görüş birliği puanları ile negatif; kaçınma puanları ile pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. İrritabl mizaç özelliği puanlarının doyum, uzlaşım, görüş birliği ve ÇUÖ toplam puanları ile negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir ( $p<.01$ ). Anksiyöz mizaç özelliği puanlarının uzlaşım, görüş birliği ve ÇUÖ toplam puanları ile negatif yönde; kaçınma ve GRCDÖ toplam puanları ile pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Doyum puanlarının kaçınma puanları ile negatif yönde; uzlaşım puanlarının ise dokunma,

anorgazmi ve GRCDÖ toplam puanları ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Görüş birliği puanlarının doyum, kaçınma, dokunma, anorgazmi ve GRCDÖ toplam puanları ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. ÇUÖ toplam puanlarının ise kaçınma, anorgazmi ve GRCDÖ toplam puanları ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır (Tablo 7).



**Tablo 7:** Kadınlarda TEMPS-A ile ÇUÖ ve GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	TEMPS-A	Depresif	1															
2		Siklotimik	,658**	1														
3		Hipertimik	,184	,198	1													
4		İrritabl	,422**	,616**	,299*	1												
5		Anksiyöz	,560**	,656**	,194	,699**	1											
6	Çift Uyum Ölçeği	Uzlaşım	-,221	-,186	-,131	-,403**	-,311*	1										
7		Doyum	-,152	-,113	,018	-,391**	-,176	,571**	1									
8		Görüş Birliği	-,241	-,331**	-,151	-,442**	-,399**	,517**	,562**	1								
9		Toplam	-,235	-,221	-,094	-,479**	-,329**	,883**	,860**	,740**	1							
10	GRCDÖ	Sıklık	,038	,036	,102	,044	,040	,156	-,024	-,085	,051	1						
11		İletişim	,072	,058	-,053	,098	,057	-,061	-,126	-,231	-,139	,131	1					
12		Doyum	,250	,214	,157	,165	,205	-,058	-,192	-,275*	-,176	,099	,262*	1				
13		Kaçınma	,458**	,305*	-,032	,222	,419**	-,281*	-,156	-,289*	-,279*	,018	,154	,125	1			
14		Dokunma	,278*	,182	,001	,235	,191	-,003	-,277*	-,291*	-,188	,248	,385**	,471**	,136	1		
15		Vajinismus	,099	,129	,010	,080	,097	-,045	-,097	-,113	-,091	-,078	,058	,440**	,073	,136	1	
16		Anorgazmi	,193	,114	-,095	,130	,201	-,167	-,273*	-,319*	-,277*	,194	,430**	,701**	,225	,585**	,224	1
17		Toplam	,348**	,256	,013	,220	,305*	-,108	-,272*	-,388**	-,261*	,304*	,558**	,778**	,430**	,692**	,501**	,831**

Pearson Korelasyon Analizi, \*= $p < .05$ , \*\*= $p < .01$ , TEMPS-A= Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi, GRCDÖ= Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, ÇUÖ=Çift Uyum Ölçeği

#### **4.7. ERKEKLERDE TEMPS-A İLE ÇUÖ VE GRCDÖ TOPLAM VE ALT ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ KORELASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİNE AİT BULGULAR**

Çalışmadan elde edilen Çift Uyum Ölçeği, TEMPS-A ve GRCDÖ alt ölçek puanlarının birbirleri ile ilişkisi Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiştir. Erkeklerin ölçek puanlarındaki analizlere göre depresif mizaç özelliği puanlarının doyum, görüş birliği ve ÇUÖ toplam puanları ile negatif; kaçınma puanları ile pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Siklotimik mizaç özelliği puanlarının ise doyum, uzlaşım, görüş birliği puanları ile negatif; kaçınma puanları ile ise pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. İrritabl mizaç özelliği puanlarının görüş birliği ve ÇUÖ toplam puanları ile negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Anksiyöz mizaç özelliği puanlarının ise doyum, uzlaşım, görüş birliği puanları ile negatif; kaçınma puanları ile pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. ÇUÖ alt ölçeklerinden uzlaşım puanlarının sıklık ve empotans puanları ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. ÇUÖ alt ölçeklerinden doyum puanlarının kaçınma puanları ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Görüş birliği puanlarının GRCDÖ alt ölçeklerinden doyum, kaçınma puanları ile negatif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. ÇUÖ toplam puanlarının ise sıklık, doyum, kaçınma ve GRCDÖ toplam puanları ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

**Tablo 8:** Erkeklerde TEMPS-A ile ÇUÜ ve GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	TEMPS-A	Depresif	1															
2		Siklotimik	,671**	1														
3		Hipertimik	-,070	,179	1													
4		İrritabl	,355*	,568**	,269	1												
5		Anksiyöz	,643**	,654**	,094	,640**	1											
6	Çift Uyum Ölçeği	Uzlaşım	-,179	-,358*	,045	-,300	-,318*	1										
7		Doyum	-,421**	-,517**	,291	-,283	-,466**	,616**	1									
8		Görüş Birliği	-,446**	-,553**	-,018	-,378*	-,395*	,521**	,516**	1								
9		Toplam	-,375*	-,532**	,149	-,360*	-,455**	,898**	,871**	,710**	1							
10	GRCDÖ	Sıklık	,027	,219	-,134	,039	,015	-,357*	-,237	-,205	-,332*	1						
11		İletişim	-,299	-,200	-,181	-,290	-,131	,037	,240	,254	,180	,203	1					
12		Doyum	,119	,069	-,153	-,025	,095	-,280	-,270	-,436**	-,357*	,468**	,097	1				
13		Kaçınma	,573**	,334*	-,094	,006	,436**	-,275	-,508**	-,316*	-,435**	,118	-,304	,247	1			
14		Dokunma	,178	,135	-,219	-,153	-,034	-,160	-,078	-,120	-,143	,323*	,285	,268	,182	1		
15		Erken Boşalma	-,014	,169	-,063	,019	,020	-,232	-,186	-,183	-,241	,264	,274	,255	,094	,202	1	
16		Empotans	,131	,202	,048	,031	,014	-,342*	-,098	-,257	-,285	,559**	,021	,504**	,266	,346*	,401*	1
17		Toplam	,121	,205	-,163	-,133	,006	-,303	-,192	-,293	-,318*	,659**	,348*	,721**	,321*	,646**	,609**	,756**

Pearson Korelasyon Analizi, \*= $p < .05$ , \*\*= $p < .01$ , TEMPS-A= Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi, GRCDÖ= Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği, ÇUÜ=Çift Uyum Ölçeği

#### 4.8. ÖRNEKLEMİN TEMPS-A İLE ÇUÖ TOPLAM VE ALT ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ KORELASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİNE AİT BULGULAR

Tüm hastaların ölçek puanları ilişkilerine bakıldığında ise depresif mizaç özelliği puanlarının uzlaşım, doyum, görüş birliği ve ÇUÖ toplam puanları ile negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Siklotimik mizaç özelliği puanlarının uzlaşım, doyum, görüş birliği ve ÇUÖ toplam puanları ile negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliği puanlarının da uzlaşım, doyum, görüş birliği ve ÇUÖ toplam puanları ile negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir ( $p<.01$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9:** Örneklemin TEMPS-A ile ÇUÖ Toplam ve Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	TEMPS-A	Depresif	1								
2		Siklotimik	,662**	1							
3		Hipertimik	,088	,193	1						
4		İrritabl	,389**	,585**	,276**	1					
5		Anksiyöz	,591**	,655**	,161	,659**	1				
6	Çift Uyum Ölçeği	Uzlaşım	-,203*	-,246*	-,081	-,339**	-,319**	1			
7		Doyum	-,246*	-,253*	,094	-,314**	-,289**	,596**	1		
8		Görüş Birliği	-,308**	-,403**	-,116	-,390**	-,401**	,528**	,560**	1	
9		Toplam	-,280**	-,326**	-,025	-,398**	-,379**	,890**	,869**	,737**	1

Pearson Korelasyon Analizi, \*= $p<.05$ , \*\*= $p<.01$ , TEMPS-A= Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi, ÇUÖ=Çift Uyum Ölçeği

#### 4.9. TEMPS-A VE ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ ALT ÖLÇEK VE TOPLAM PUANLARININ CİNSİYETE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmadan elde edilen TEMPS-A ve Çift Uyum Ölçeği alt ölçek ve toplam puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması adına bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Analizlere göre ÇUÖ alt ölçeklerinden doyum puanlarının erkeklerde kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<.05$ ). Diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 10).

**Tablo 10:** Cinsiyete Göre TEMPS-A ve Çift Uyum Ölçeği Alt Ölçek ve Toplam Puanların Karşılaştırılması

		Cinsiyet	N	Ort.	SS	T (p)	
TEMPS-A	Depresif	Erkek	40	7,250	4,105	-,035 (.972)	
		Kadın	61	7,278	3,967		
	Siklotimik	Erkek	40	7,325	4,445	-,329 (.743)	
		Kadın	61	7,639	4,851		
	Hipertimik	Erkek	40	8,500	4,107	-,672 (.503)	
		Kadın	61	9,098	4,541		
	İrritabl	Erkek	40	3,650	3,786	,954 (.342)	
		Kadın	61	2,983	3,180		
	Anksiyöz	Erkek	40	5,500	5,286	-,733 (.466)	
		Kadın	61	6,295	5,364		
	ÇUÖ	Uzlaşım	Erkek	40	24,775	4,693	1,403 (.164)
			Kadın	61	23,295	5,481	
Doyum		Erkek	40	19,900	4,081	2,126 ( <b>,036</b> )*	
		Kadın	61	17,983	4,642		
Görüş Birliği		Erkek	40	10,525	1,947	1,437 (.154)	
		Kadın	61	9,868	2,418		
Toplam		Erkek	40	55,200	9,154	1,978 (.051)	
		Kadın	61	51,147	10,622		

Bağımsız Örneklem t testi, \*= $p<0.05$ , \*\*= $p<0.01$ , TEMPS-A= Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi, ÇUÖ=Çift Uyum Ölçeği

TEMPS-A puanlarına göre kesme puanını geçen 18 hasta ile geçmeyen diğer hastaların ÇUÖ, GRCDÖ toplam ve alt ölçek puan karşılaştırması yapılmış anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

#### 4.10. TEMPS-A PUANLARI İLE HASTALIK KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmadan elde edilen TEMPS-A puanlarının ilk duygudurum epizoduna göre karşılaştırılmasında, ilk epizodu depresyon olan hastaların siklotimik mizaç özelliği puanlarının, ilk epizodu mani olan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<.05$ ) (Tablo 11).

**Tablo 11:** İlk Duygudurum Epizoduna Göre TEMPS-A Mizaç Özelliği Puanlarının Karşılaştırılması

	İlk duygudurum epizodu	N	Ort.	SS	T (p)
Depresif	Mani	69	6,782	3,984	-1,791 (,076)
	Depresyon	31	8,322	3,961	
Siklotimik	Mani	69	6,637	4,540	-2,771 (,003)
	Depresyon	31	9,354	4,520	
Hipertimik	Mani	69	8,811	4,560	-,232 (,831)
	Depresyon	31	9,032	4,020	
İrritabl	Mani	69	3,173	3,572	-,328 (,744)
	Depresyon	31	3,419	3,201	
Anksiyöz	Mani	69	5,521	5,629	-1,254 (,713)
	Depresyon	31	6,967	4,586	

Bağımsız Örneklem t testi,  $*=p<0.05$ ,  $**=p<0.01$ , TEMPS-A= Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi

TEMPS-A puanlarının intihar öyküsüne göre karşılaştırılmasında ise hiçbir puan türünde anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 12).

**Tablo 12:** İntihar Öyküsüne Göre TEMPS-A Mizaç Özelliği Puanlarının Karşılaştırılması

	İntihar Öyküsü	N	Ort.	SS	T (p)
Depresif	Var	16	7,062	4,464	-,222 (.825)
	Yok	85	7,305	3,937	
Siklotimik	Var	16	7,375	4,828	-,130 (.897)
	Yok	85	7,541	4,674	
Hipertimik	Var	16	9,000	4,760	,138 (.891)
	Yok	85	8,835	4,314	
İrritabl	Var	16	2,937	3,213	-,392 (.696)
	Yok	85	3,305	3,484	
Anksiyöz	Var	16	6,062	5,446	,067 (.947)
	Yok	85	5,964	5,330	

Bağımsız Örneklem t testi, \*= $p<0.05$ , \*\*= $p<0.01$ , TEMPS-A= Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi

TEMPS-A puanlarının ataklarda psikotik belirti varlığına göre karşılaştırılmasında psikotik belirti gösteren hastaların hipertimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliği puanlarının, psikotik belirti göstermeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<.05$ ) (Tablo 13).

**Tablo 13:** Ataklardaki Psikotik Belirtiye Göre TEMPS-A Mizaç Özelliği Puanlarının Karşılaştırılması

	Psikotik Belirti	N	Ort.	SS	T (p)
Depresif	Var	75	7,653	4,167	1,661 (.100)
	Yok	26	6,153	3,306	
Siklotimik	Var	75	8,013	4,864	1,842 (.069)
	Yok	26	6,076	3,804	
Hipertimik	Var	75	9,400	4,414	2,114 (.034)
	Yok	26	7,307	3,886	
İrritabl	Var	75	3,746	3,702	2,551 (.012)
	Yok	26	1,807	1,897	
Anksiyöz	Var	75	6,653	5,719	2,200 (.030)
	Yok	26	4,038	3,340	

Bağımsız Örneklem t testi, \*= $p<0.05$ , \*\*= $p<0.01$ , TEMPS-A= Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi

TEMPS-A puanlarının mevsimsellik özelliğine göre karşılaştırılmasında mevsimsellik gösteren hastaların depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliği puanlarının mevsimsellik göstermeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<.05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14:** Mevsimsellik Özelliğine Göre TEMPS-A Mizaç Özelliği Puanlarının Karşılaştırılması

	Mevsimsellik	N	Ort.	SS	T (p)
<b>Depresif</b>	<b>Var</b>	50	8,140	3,959	2,212 ( <b>,029</b> )
	<b>Yok</b>	51	6,411	3,894	
<b>Siklotimik</b>	<b>Var</b>	50	8,860	4,598	2,974 ( <b>,004</b> )
	<b>Yok</b>	51	6,196	4,404	
<b>Hipertimik</b>	<b>Var</b>	50	9,480	4,082	1,418 (,159)
	<b>Yok</b>	51	8,254	4,581	
<b>İrritabl</b>	<b>Var</b>	50	4,100	3,732	2,539 ( <b>,013</b> )
	<b>Yok</b>	51	2,411	2,906	
<b>Anksiyöz</b>	<b>Var</b>	50	7,720	5,591	3,420 ( <b>,001</b> )
	<b>Yok</b>	51	4,274	4,472	

Bağımsız Örneklem t testi, \* = $p<0.05$ , \*\*= $p<0.01$ , TEMPS-A= Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi

Çalışmadan elde edilen TEMPS-A mizaç özelliği puanları ile hastaların klinik özellikleri arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analizlere göre hastaların duygudurum atağı sayılarının, depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliği puanları ile pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastaların remisyon sürelerinin de depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliği puanları ile negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir ( $p<.05$ ) (Tablo 15).

**Tablo 15:** Hastaların Klinik Özelliklerinin TEMPS-A Mizaç Özelliği Puanları ile İlişkisi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	BPB başlangıç yaşı	1								
2	Duygudurum Epizodu Sayısı	-,353**	1							
3	Yatış Sayısı	-,307**	,513**	1						
4	Remisyon Süresi (ay)	-,028	-,141	,016	1					
5	TEMPS-A	Depresif	,019	,293**	,161	-,265**	1			
6		Siklotimik	,005	,247*	-,075	-,301**	,662**	1		
7		Hipertimik	-,093	,075	,055	-,041	,088	,193	1	
8		İrritabl	,047	,299**	-,030	-,219*	,389**	,585**	,276**	1
9		Anksiyöz	-,034	,315**	,058	-,323**	,591**	,655**	,161	,659**

Pearson Korelasyon Analizi, \*= $p < .05$ , \*\*= $p < .01$ , BPB=Bipolar Bozukluk, TEMPS-A= Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi

#### 4.11. LİTYUM VE LİTYUM+ATİPİK ANTİPSİKOTİK KULLANAN HASTALAR İLE VALPROİK ASİT VE VALPROİK ASİT+ ATİPİK ANTİPSİKOTİK KULLANAN HASTALARIN GRCDÖ TOPLAM VE ALT ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmadan elde edilen GRCDÖ puanlarının ilaç kullanım gruplarına göre karşılaştırılması için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Analizlere göre VPA ve VPA+Atipik Antipsikotik kullananlar ile Lityum ve Lityum+Atipik Antipsikotik kullananlar arasında GRCDÖ toplam ve alt ölçek puanlarında anlamlı düzeyde bir farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p > .05$ ) (Tablo 16).

**Tablo 16:** GRCDÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının İlaç Kullanımına Göre Karşılaştırılması

<b>GRCDÖ- Kadın</b>	<b>Sıklık</b>	Lityum	33	4,909	2,082	-1,349 (,183)
		VPA	22	5,681	2,079	
	<b>İletişim</b>	Lityum	33	5,363	3,140	-,101 (,920)
		VPA	22	5,454	3,460	
	<b>Doyum</b>	Lityum	33	8,363	3,839	-,609 (,545)
		VPA	22	9,000	3,728	
	<b>Kaçınma</b>	Lityum	33	3,757	3,428	-,270 (,789)
		VPA	22	4,000	3,007	
	<b>Dokunma</b>	Lityum	33	8,393	3,436	-,711 (,480)
		VPA	22	9,000	2,488	
<b>Vajinismus</b>	Lityum	32	4,093	3,559	-,996 (,374)	
	VPA	21	5,047	3,169		
<b>Anorgazmi</b>	Lityum	33	9,484	3,589	-,671 (,505)	
	VPA	21	10,142	3,380		
<b>Toplam</b>	Lityum	32	43,687	14,669	-1,059 (,295)	
	VPA	20	47,850	12,231		
<b>GRCDÖ- Erkek</b>	<b>Empotans</b>	Lityum	25	8,240	1,877	,190 (,851)
		VPA	12	8,083	3,146	
	<b>Erken Boşalma</b>	Lityum	26	8,346	2,841	,868 (,391)
		VPA	12	7,416	3,528	
	<b>Dokunma</b>	Lityum	26	7,346	2,382	,014 (,989)
		VPA	12	7,333	3,339	
	<b>Kaçınma</b>	Lityum	26	2,038	2,521	,648 (,521)
		VPA	12	1,500	2,022	
	<b>Doyum</b>	Lityum	26	7,192	2,245	-,289 (,774)
		VPA	12	7,500	4,358	
	<b>Sıklık</b>	Lityum	26	4,346	1,547	-,506 (,616)
		VPA	12	4,666	2,309	
	<b>İletişim</b>	Lityum	26	5,076	1,853	1,202 (,237)
		VPA	12	4,166	2,757	
	<b>Toplam</b>	Lityum	25	42,000	7,847	,356 (,724)
		VPA	12	40,666	15,071	

Bağımsız Örneklem t testi, \*= $p < 0.05$ , \*\*= $p < 0.01$ , VPA= Valproik Asit, GRCDÖ= Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızın ana amacı, BPB tanılı hastalarda afektif mizaç özellikleri ile cinsel işlevler ve çift uyumunun ilişkisini, ayrıca cinsel işlevler ve çift uyumunun birbiri üzerine etkisini araştırmaktır. Çalışmamızda sosyodemografik veriler, hastalık başlangıcı ve seyri, cinsel işlevler, çift uyumu ve afektif mizaç özelliklerini değerlendirmek için yapılan klinik görüşmenin ardından öz bildirim ölçekleri uygulanmıştır.

Çalışmaya 40 erkek ve 61 kadın olmak üzere toplam 101 hasta alınmıştır. Çalışmaya katılanların yaşı 27 ile 61 arasında değişmekle birlikte yaş ortalaması  $42,67 \pm 8,15$  yıldır. Medeni durumları açısından 99 tane evli, 2 tane bekar hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların cinsel işlev ve çift uyumunu değerlendirebilmek için evli olmaları veya bir partnerinin olmasına dikkat edilmiştir. Evlilik veya birliktelik süreleri 2 yıl ile 40 yıl arasında değişmekle birlikte ortalama  $17,42 \pm 10,31$  yıldır.

Çalışmaya katılanların eğitim düzeyi irdelendiğinde, 42 (%41,6) kişinin ilkokul, 18 (%17,8) kişinin ortaokul, 18 (%17,8) kişinin lise, 23 (%22,8) kişinin ise lisans veya ön lisans mezunu olduğu görülmüştür. Hastaların 56'sının (%55,4) çalışmıyor, 28'inin (%27,7) düzenli bir işte çalışıyor olduğu saptanmıştır. Bu veriler ülkemizde BPB tanılı hastalarla yapılan sosyodemografik çalışmalarla uyumludur (146,147).

BPB başlangıç yaşı için geniş bir aralık veren çalışmalar olmakla birlikte bizim çalışmamızda  $27,06 \pm 7,74$  yıldır. Hastaların %68,3'ünde ilk epizod mani, %30,7'sinde depresyon, %1'inde ise karmadır. Baldessarini ve ark.'nın (148) yaptığı çalışmada ilk atak depresyon oranı %58,9, Daban ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise %67,3 saptanmıştır (149). Bizim çalışmamızdaki oranlar, ülkemizde yapılmış olan ilk epizodun %70 mani, %30 depresyonla başladığını bildiren başka bir çalışma ile uyumludur (150).

Çalışmamızda epizodlara psikotik belirti eşlik etme oranı %74,3 bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, 352 tane BPBI hastası ile yapılan bir çalışmada epizodlarda

psikotik belirti görülme oranı %68 olarak bulunmuştur (151). Goodwin ve Jamison tarafından yapılan bir gözden geçirme çalışmasında ise BPB tanılı hastalarda yaşam boyu psikotik semptom ortaya çıkma olasılığı %58 olarak bildirilmiştir (24). Türkiye’de Özyıldırım ve ark. tarafından yapılan çalışmada verilerimize benzer şekilde oran %75 olarak saptanmıştır (152).

Çalışmaya katılan hastaların %94,1’i BPBI, %5,9’u BPBII tanılıdır. Hastaların geçirdiği toplam epizod sayısı ortalama  $3,93 \pm 3,18$ , hastane yatışı sayısı ise ortalama  $1,97 \pm 2,24$ ’tür.

Çalışmamızda hastalar arasında %43,6 oranında sigara kullanımı ve yaşam boyu intihar girişimi %15,8 oranında saptanmıştır. Ülkemizde yapılmış çalışmalarda BPB’de intihar girişimi sıklığı, %7,5 ile %70 arasında bildirilmiştir (147,153,154).

Çalışmamızda duygudurum epizodlarındaki mevsimsellik özelliği, yapılan diğer çalışmalara oranla yüksek saptanmıştır (%49,5) (155).

Çalışmamızda TEMPS-A baskın mizaç özelliği kesme puanını geçen hasta sayısının oldukça az olduğu görülmektedir. Bu sebeple kategorik verilere yönelik istatistiksel analiz yöntemi yerine mizaç alt ölçek puanları kullanılmıştır. Çalışmaya katılan tüm hastaların afektif mizaca sahip olma oranı %17,9’dur. Depresif mizaç %8,9, irritabl mizaç %2, anksiyöz mizaç %2, siklotimik mizaç %0, hipertimik mizaç %0 oranında görülmüş olup hastaların %5’i birden fazla mizaç özelliklerini taşımaktadır. Afektif mizaç özelliğine sahip olma durumunun cinsiyete göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Akdeniz ve ark.’nın yineleyici tip depresyon, tek dönemli unipolar depresyon, ötimik BPB hastaları ve sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları çalışmalarında, BPB hastalarında depresif mizaç %2,4, siklotimik mizaç %10,7, hipertimik mizaç %9,5, irritabl mizaç %6 ve anksiyöz mizaç %0 ve herhangi bir mizaca sahip olma varlığı %26,2 oranında saptanmıştır (7). Çalışmamızda ise afektif mizaca sahip olma oranı bu çalışmadaki afektif mizaca sahip olma oranından düşük saptanırken, depresif mizaç oranı yüksek saptanmıştır.

Çalışmamızda BPB tanılı hastaların CİB açısından değerlendirilmesi GRCDÖ ile yapılmıştır. GRCDÖ’den alınan ham puanlar, standart puanlara dönüştürüldükten sonra GRCDÖ toplam ve alt ölçeklerde standart puanı 5 ve üzeri olanlarda cinsel sorun var denilmiştir. Bu şekilde hesaplandığında, çalışmamızda BPB tanılı hastalarda erkekler için empotans ve erken boşalma oranları eşit ve %22,5, kadınlar için ise

vajinismus %93,1 bulunmuştur. 1987 yılında lityum kullanan BPB tanılı hastaların cinsel fonksiyonların değerlendirildiği başka bir çalışmada, kadın hastaların yaklaşık %25'inde, erkek hastaların ise üçte birinde CİB saptandığı belirtilmiştir (156). Aizenberg ve ark. tarafından BPB ve Şizoafektif Bozukluk tanılı erkek hastalarda yapılan çalışmada, hastaların %31,4'ünde CİB varlığı saptanmıştır (106). Grover ve ark. tarafından klinik olarak remisyonda BPB tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada, CİB sıklığı %36,5 saptanmış, cinsiyetler açısından bakıldığında erkeklerin üçte biri ve kadınların yaklaşık yarısında cinsel işlev bozukluğu görülmüştür (157). 2013 yılında Mahmoud ve ark. tarafından yapılan BPB ve şizofreni tanılı hastalarda cinsel işlevlerin değerlendirildiği çalışmada, BPB tanılı hastaların %54,8'inde CİB saptanmış ve %51,6'sı cinsel hayatından memnun olmadığını belirtmiştir (158). 2019'da yapılan bir çalışmada, CİB sıklığı BPB grubunda (%16,67-30) en düşük ve şizofreni grubunda (%27,77 ila %50'ye kadar) en yüksek iken, CİB sıklığının depresif bozukluk grubunda ise %30 ile %40 arasında olduğu bildirilmiştir (159).

Çalışmamızda GRCDÖ alt boyutları incelendiğinde (alt boyutlarda 5 ve üzeri standart puan bozukluk açısından anlamlı kabul edildiğinde) kadın hastalarda vajinismus, erkek hastalarda ise erken boşalma ve empotans alanlarında belirgin bir sorun saptanmıştır. Vajinismus oranının yüksek saptanma sebebi, GRCDÖ kadın formunda vajinismusun değerlendirildiği 4 sorudan biri olan 11. sorunun, “gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz” şeklinde düzenlenmesi birçok kadın tarafından yanlış anlaşılmıştır. Bu sorunun araştırmamıza benzer şekilde birçok araştırmada katılımcılar tarafından yanlış anlaşıldığı ve sonuçları etkilediği bildirilmiştir (107). Ülkemizde yapılan ve BPB tanılı hastalarda cinsel işlevleri değerlendiren bir çalışmada GRCDÖ alt ölçeklerinde kadın hastalarda dokunma, doyum ve anorgazmi alt boyutlarında, erkek hastalarda ise erken boşalma, empotans ve doyum alanlarında belirgin bozulma saptanmıştır (160). Hariri ve ark.'nın yaptığı çalışma ile uyumlu olarak çalışmamızda da GRCDÖ alt boyutlarından erkeklerde erken boşalma, kadınlarda ise vajinismus en yüksek oranda saptanmıştır (161). 2015 yılında BPB tanılı hastaların CİB ve çift uyumunun sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, GRCDÖ alt boyutlarında erkeklerde sıklık ve erken boşalma, kadınlarda ise iletişim alt boyutunda belirgin bozulma saptanmıştır (162). Çukurova Üniversitesi'nde yapılan BPB'de çift uyumu ve cinsel

işlevlerin değerlendirildiği bir araştırmada, 18-65 yaş arası BPB tanılı hastalar ile sağlıklı kontroller karşılaştırılmıştır. BPB tanılı 50 hastanın %50'sinde CİB saptanmıştır. BPB ve kontrol grubunun CİB varlığı açısından karşılaştırılması sonucunda en sık erkek BPB tanılı grupta CİB saptanmıştır (163).

Çalışmamızda erektil disfonksiyon oranı %22,5 bulunmuştur. Ülkemizde geniş örneklem sayısı ile BPB tanılı hastalarda cinsel işlevler üzerine yapılan bir çalışmada, erkek hastalarda %52 oranında erektil disfonksiyon saptanmıştır (164). Hariri ve ark.'nın 29 bipolar erkek hasta ile yaptığı çalışmada ise erektil disfonksiyon sağlıklı kontrollerle benzer oranda bulunmuştur (161).

Bu çalışma yapılırken daha önce yapılan araştırmalar Pubmed üzerinden incelenmiştir. BPB tanılı hastalarda CİB ve ayrıca mizaç özellikleri ile ilgili yapılmış sınırlı sayıda çalışma varken, mizaç özellikleri ile cinsel işlevler ve çift uyumu ilişkisinin incelendiği özgün çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda TEMPS-A ile ÇUÖ toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Hem kadın hem de erkeklerde depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliği puanları ile uzlaşım, doyum, görüş birliği alt ölçek puanları ve ÇUÖ toplam puanları arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Bu durum BPB tanılı hastalarda afektif mizaç özelliği puanlarının arttıkça çift uyumunun olumsuz etkilendiğini göstermektedir.

Çalışmamızda TEMPS-A ile GRCDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Kadınlarda depresif mizaç özelliği puanlarının kaçınma, dokunma ve GRCDÖ toplam puanları ile pozitif yönde, siklotimik mizaç özelliği puanlarının kaçınma puanları ile pozitif yönde, anksiyöz mizaç özelliği puanlarının kaçınma ve GRCDÖ toplam puanları ile pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Erkeklerde ise depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç özelliği puanlarının kaçınma puanları ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Hem kadın hem de erkeklerde depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç özelliği puanları arttıkça cinsel işlevlerin olumsuz etkilendiği görülmüştür.

Vöhringer ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, herhangi bir mizaca sahip olmayan olguların düşük epizod sayısı, düşük klinik global izlenim ölçeği puanları ve daha yüksek çalışma oranları gibi iyi prognostik özelliklerle kuvvetli şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır (76). Çalışmamız göstermektedir ki, afektif mizaç özelliği

puanları arttıkça hem çift uyumu hem de cinsel işlevler olumsuz etkilenmektedir. BPB tanılı hastaların eşlerinin hastalara sosyal destek sağladığı göz önünde bulundurulduğunda depresif, siklotimik, irritable ve anksiyöz mizaç özelliklerine sahip olmak çift uyumunu ve cinsel işlevleri olumsuz etkilemekte, bu da hastalığın prognozunu kötüleştirebilmektedir.

Çalışmamızda hipertimik mizaç puanları ile cinsel işlevler ve çift uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum diğer mizaç özelliklerine göre toplumdaki sıklığı fazla olan hipertimik mizacın (7), cinsel işlevler ve çift uyumu üzerinde etkisi olmadığını göstermektedir. BPB tanısı alan hastaların önemli bir kısmının premorbid özelliklerinde hipertimik mizaç olduğunu ileri süren görüşler (9) ve afektif mizaca sahip olmayan hastaların daha iyi prognoza sahip olduğunu gösteren çalışmalar (76) göz önüne alındığında diğer afektif mizaç özelliği puanları ile cinsel işlevler ve çift uyumu olumsuz etkilenirken, hipertimik mizaç özelliği puanları ile arasında ilişki saptanmaması beklenmeyen bir sonuçtur.

Çalışmamızda GRCDÖ ile ÇUÖ toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. GRCDÖ ile ÇUÖ toplam puanları arasında kadınlarda ve erkeklerde negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Alt ölçeklere bakıldığında erkeklerde ÇUÖ toplam puanları ile GRCDÖ sıklık, cinsel doyum ve kaçınma arasında; kadınlarda ise ÇUÖ toplam puanları ile GRCDÖ cinsel doyum, kaçınma, anorgazmi arasında negatif yönlü ilişki gözlenmiştir. Literatüre bakıldığında, CİB'in BPB tanılı hastalar üzerine etkisi hakkındaki bilgilerin yetersiz olmasıyla birlikte CİB olan BPB tanılı hastalarda memnuniyetsizlik ve olumsuz çift uyumu bildirilmiştir (157).

GRCDÖ doyum alt ölçeği hem kadın hem erkekte ÇUÖ toplam ve alt ölçekleri ile negatif yönlü ilişki göstermiştir. Erkeklerde GRCDÖ iletişim ve erken boşalma alt ölçekleri ÇUÖ toplam ve alt ölçekleri ile ilişkili bulunmamıştır. Kadınlarda ise GRCDÖ iletişim ve vajinismus alt ölçekleri ile ÇUÖ toplam ve alt ölçekleri ilişkili bulunmamıştır. Bipolar hastaların ve eşlerinin işlevlerini inceleyen bir çalışmada hem erkekler hem de kadınlar için cinsel işlev sıklığında azalmanın evlilik uyumunda ortaya çıkan ciddi sorunlardan biri olduğu görülmektedir (165). Cinsel doyumunu değerlendiren çalışmalar genel olarak BPB tanılı hastaların cinsel yaşamlarından daha az memnun olduklarını göstermektedir. Elde edilen kanıtlar, BPB tanılı hastalar ve eşleri arasında evlilikle ilgili konularda sınırlı miktarda veri bulunduğunu

göstermektedir. BPB'li hastaların eşlerinin hastalara sosyal destek sağladığı göz önünde bulundurulduğunda, BPB hastaları ve eşleri arasındaki çift uyumunu anlamak ve cinsel sorunları saptamak, hastalığın prognozunun iyileştirilmesine de yardımcı olabilir. Bundan dolayı, evliliğin ve bununla ilgili konuların çeşitli yönlerini ele alan örneklem büyüklüğü fazla olan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda ayrıca BPB tanılı hastalarda afektif mizaç özelliği puanları ile hastalık klinik özellikleri arasındaki ilişkiye de bakılmıştır. Depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliği puanları ile duygudurum epizodu sayısı arasında pozitif yönlü ilişki varken, remisyon süresi arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Ayrıca mevsimsellik gösteren hastaların depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliği puanlarının mevsimsellik göstermeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Siklotimik mizaç özelliği puanlarının geçirilen ilk duygudurum epizoduna göre karşılaştırılmasında, ilk epizodu depresyon olan hastaların ilk epizodu mani olan gruba kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Duygudurum epizodlarının psikotik belirti varlığına göre karşılaştırılmasında ise ataklarda psikotik belirti gösteren hastaların hipertimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliği puanlarının psikotik belirti göstermeyenlere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların intihar öyküsü varlığına göre karşılaştırılmasında ise afektif mizaç özellikleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Çalışmamıza göre afektif mizaç özelliğinin varlığı remisyon süresini ve duygudurum epizodu sayısını olumsuz etkilemektedir, bu veriler BPB tanılı hastalarla afektif mizaç özellikleri ile ilgili yapılan çalışmalarla uyumludur (76).

## 6. SONUÇLAR

1. Çalışmaya alınan hastaların 40'ı (%39,6) erkek, 61'i ise (%60,4) kadındır. Çalışmaya katılanların yaşları 27 ve 61 arasında değişmekle birlikte ortalaması  $42,67 \pm 8,15$  yıldır.
2. BPB tanılı hastalarda GRCDÖ alt ölçekleri incelendiğinde kadın hastalarda vajinismus, erkek hastalarda ise erken boşalma ve empotans alanlarında belirgin bozukluk saptanmıştır.
3. TEMPS-A ile ÇUÖ toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında hem kadın hem de erkeklerde depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliği puanları ile uzlaşım, doyum, görüş birliği alt ölçek puanları ve ÇUÖ toplam puanları arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır.
4. TEMPS-A ile GRCDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında kadınlarda depresif mizaç özelliği puanlarının, kaçınma, dokunma ve GRCDÖ toplam puanları ile pozitif yönde; siklotimik mizaç özelliği puanlarının kaçınma puanları ile pozitif yönde; anksiyöz mizaç özelliği puanlarının kaçınma ve GRCDÖ toplam puanları ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır.
5. TEMPS-A ile GRCDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında erkeklerde depresif, siklotimik ve anksiyöz mizaç özelliği puanlarının kaçınma puanları ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır.
6. TEMPS-A ile ÇUÖ toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında hem kadın hem de erkeklerde depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliği puanları ile uzlaşım, doyum, görüş birliği alt ölçek puanları ve ÇUÖ toplam puanları arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır.
7. GRCDÖ ile ÇUÖ toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında GRCDÖ ile ÇUÖ toplam puanları arasında kadınlarda ve erkeklerde negatif yönlü ilişki saptanmıştır.
8. TEMPS-A depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliği puanları ile duygudurum epizodu sayısı arasında pozitif yönlü ilişki varken, remisyon süresi arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Ayrıca epizodları mevsimsel

özelliik gösteren hastaların depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliği puanlarının mevsimsel özellik göstermeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

9. Hastaların ilk duygudurum epizodu türüne göre karşılaştırılmasında siklotimik mizaç özelliği puanları, ilk epizodu depresyon olan hastalarda ilk epizodu mani olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.
10. Duygudurum epizodlarının psikotik belirti varlığına göre karşılaştırılmasında ise ataklarda psikotik belirti gösteren hastaların hipertimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliği puanlarının, psikotik belirti göstermeyenlere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamız remisyonda BPB tanılı hastalarda mizaç özellikleri ile cinsel işlevleri ve çift uyumunu ele alan ilk çalışmadır. Çalışmamızın önemli kısıtlılıkları kesitsel olması, kontrol grubunun kullanılmaması, cinsel işlevlerin ölçeklerle değerlendirilmesi ve ilaç tedavilerinin cinsel işlevlere etkisinin sadece subjektif olarak değerlendirilmesidir. Çalışmaya alınan hastalarda komorbid hastalık olmamasına ve tüm hastaların cinsel olarak aktif olmasına rağmen hormonal durum değerlendirilemedi. Hormon ölçümleri ve kan prolaktin seviyeleri gibi değerlendirmelerin yapılmasıyla altta yatan organik kökenli patolojilerin dışlanma olasılığını artırılabilir. İleride yapılacak çalışmalarda BPB tiplerinin değerlendirilmesinin literatüre katkı sağlayabileceği görüşündeyiz.

## 7. KAYNAKLAR

1. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord.* 2001; 67 (1-3): 3-19.
2. Weissman MM, Bland RC, Canino Gj, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG et al. Crossnational epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996;276(4):293- 9.
3. Vieta E, Sánchez-Moreno J, Lahuerta J, Zaragoza S. Subsyndromal depressive symptoms in patients with bipolar and unipolar disorder during clinical remission. *J. Affect. Disord.* 2008; 107, 169–174.
4. Samalin L, Llorca PM, Giordana B, Milhiet V, Yon L, El-Hage W et. al. Residual symptoms and functional performance in a large sample of euthymic bipolar patients in France (the OPTHYUM study). *J Affect Disord.* 2014 Apr; 159:94-102.
5. Sayın A, Aslan S. Duygudurum Bozuklukları İle Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(4): 276-283.
6. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z. Bipolar bozuklukta mizaç ile klinik özelliklerin ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(3): 164-169.
7. Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S, Gönül AS. Duygudurum Bozuklukları İle Mizaç Arasında İlişki Var Mı? *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(3): 183-190.
8. Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazıcı O, Akiskal K, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord* 2005; 85: 113-125.
9. Kelsoe JR. Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. *J Affect Disord* 2003; 73: 183-197.
10. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16(2 Suppl. 1): 4–14.
11. Rihmer Z, Akiskal KK, Rihmer A, Akiskal HS. Current research on affective temperaments. *Current Opinion in Psychiatry* 2010; 23: 12–18.
12. Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med.* 2008; 29:89-106.
13. Grover S, Nehra R, Thakur A. Bipolar affective disorder and its impact on various aspects of marital relationship. *Ind Psychiatry J.* 2017 Jul-Dec;26(2):114-120.
14. Rowe LS, Moris AM. Patient and partner correlates of couple relationship functioning in bipolar disorder. *Journal of Family Psychology*, 2012, 26.3: 328.
15. Frank E, Targum SD, Gershon ES, Anderson C, Stewart BD, Davenport Y, Ketchum KL, Kupfer DJ: A comparison of nonpatient and bipolar patient-well spouse couples. *Am J Psychiatry* 138: 764-768, 1981.

16. Arciszewska A, Sıwek M, Dudek D. Dyadic adjustment among healthy spouses of bipolar I and II disorder patients. *Psychiatria Danubina*, 2017, 29.3: 322-329.
17. Yeloğlu ÇH. Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2017, 8.30: 41-54.
18. Khan O, Youssef NA. A brief history of polarity in mood and its diagnostic evolution. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 2018; 30(1), 61-66.
19. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (Onüçüncü baskı), Ankara: Nobel Tıp Kitapları, 2015. *Öztürk MO, . Ankara: Nobel Tıp Kitapları, 2011.*
20. Kaplan H, Saddock B. Bipolar Disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th Ed, 2000; 1284- 1289.
21. Angst, Jules; Sellaro, Robert. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological psychiatry*, 2000, 48.6: 445-457.
22. Kraepelin E. *Psychiatrie von E. Kraepelin*. 6th ed. J.A. Barth Leipzig; 1899.
23. Oral T. İki uçlu bozukluk. İstanbul: WPA serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002;441-503.
24. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive İllness*. New York: Oxford University, 1990.
25. Goodwin F, Jamison K. *Manic-Depressive İllness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. Oxford University Press, Oxford, 2007.
26. Amerikan Psikiyatri Birliği. *DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. Köroğlu E. (Çeviri Ed.) 5. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
27. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz, P. *Psikiyatri: Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*. Bozkurt, A. (Çeviri Ed.) 11. Baskı, Lippincott Williams & Wilkins, 2011, 564- 599.
28. Kessing LV. Gender differences in the phenomenology of bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2004;6:421-425.
29. Arnold LM. Gender differences in bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2003;26(3):595-620.
30. Baldessarini RJ, Tondo L, Vazquez GH, Undurraga J, Bolzani L, Yildiz A, et al. Age at onset versus family history and clinical outcomes in 1,665 international bipolar-I disorder patients. *World Psychiatry* 2012; 11, 40–46.
31. Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N. İki uçlu bozukluk. Oral T (Çeviri Ed.) İstanbul: WPA Serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı. 2002; 441-503.
32. Azorin J-M, Bellivier F, Kaladjian A, Adida M, Belzeaux R, Fakra E, et al. Characteristics and profiles of bipolar I patients according to age-at-onset: findings from an admixture analysis. *J Affect Disord*. 2013;150(3):993–1000.
33. Işık E, Işık U. *Bipolar Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar: Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. 1. Baskı, Rotatıp kitabevi, Ankara, 2013, 325-530.

34. de Dios C, González-Pinto A, Montes JM, Goikolea JM, Saiz-Ruiz J, Prieto E, Vieta E. Predictors of recurrence in bipolar disorders in Spain (PREBIS study data). *J Affect Disord.* 2012;141(2-3):406-14.
35. Barnett JH, Smoller JW. The genetics of bipolar disorder. *Neuroscience.* 2009;164(1):331-343.
36. Rowland TA, Marwaha S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology.* 2018;8(9), 251-269.
37. Munkholm K, Braüner JV, Kessing LV, Vinberg M. (2013). Cytokines in bipolar disorder vs. healthy control subjects: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research.* 2013;47(9), 1119-1133.
38. Kara K, Verim S, Akarsu S. Bipolar Bozuklukta Nörogörüntüleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2013;5:1-14.
39. Grunze A, Meisenzahl E, Grunze H. Neuroimaging of bipolar disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2013 ;81 (Suppl 1):17-21.
40. Kakiuchi C, Ishiwata M, Nanko S, Kunugi H, Minabe Y, Nakamura K, et al. Association analysis of HSP90B1 with bipolar disorder. *J. Hum. Genet* 2007; 52:794–803.
41. Szczepankiewicz A. Evidence for single nucleotide polymorphisms and their association with bipolar disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2013, 9: 1573.
42. Fernandes BS, Steiner J, Berk M, Molendijk ML, Gonzalez-Pinto A, Turck CW et al. Peripheral brain-derived neurotrophic factor in schizophrenia and the role of antipsychotics: meta-analysis and implications. *Mol Psychiatry* 2014; 19.7: 750-751.
43. Sigitova, Ekaterina, et al. Biological hypotheses and biomarkers of bipolar disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 2017, 71.2: 77-103.
44. 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.
45. Daruy-Filho L, Brietzke E, Lafer B, GrassiOliveira R. Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2011, 124, 427-434.
46. Janiri D, Sani G, Danese E, Simonetti A, Ambrosi E, Angeletti G, Erbutto D, Caltagirone C, Girardi P, Spalletta G. Childhood traumatic experiences of patients with bipolar disorder type I and type II. *J Affect Disord.* 2015;175:92-7.
47. Akiskal HS, Akiskal K. Reassessing the prevalence of bipolar disorders: Clinical significance artistic creativity. *Eur Psychiatry.* 1988;3:29- 36.
48. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III and IV. *Psychiatr Clin North Am.* 1999;22:517- 534.
49. Tondo L, H Vazquez G, J Baldessarini R. Depression and mania in bipolar disorder. *Curr Neuropharmacol.* 2017;15:353-358.

50. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:543-552.
51. Judd LL, Schetler PJ, Akiskal HS et al. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar-II disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 2003; 6:127-137.
52. Cusin C, Seretti A, Lattuada E et al. Impact of clinical variables on illness time course in mood disorders. *Psychiatry Research* 2000; 97:217-227.
53. Shakibaei F, Alikhani M, Mahaki B, Sichani NK, Tabatabaei HD. The evaluation of mood condition among depressed adolescent students in Isfahan after 6 years. *Adv Biomed Res*. 2016;5.
54. Karamustafalıoğlu OK. *Temel ve Klinik Psikiyatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. 2018.
55. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. Published online 1995.
56. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA psychiatry*. 2013;70:931-939.
57. Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 801-810.
58. Angst J. The bipolar spectrum. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 189-191.
59. Brieger P, Roettig S, Ehrh U, Wenzel A, Bloink R, Marneros A. TEMPS-a scale in 'mixed' and 'pure' manic episodes: new data and methodological considerations on the relevance of joint anxious-depressive temperament traits. *J Affect Disord* 2003 Jan; 73(1-2).
60. Hantouche EG, Akiskal HS. Tools for clinical evaluation of affective temperaments. *Encephale* 1997 Jan; 23 Spec No 1: 27-34.
61. Henry C, Lacoste J, Bellivier F, Verdoux H, Bourgeois ML, Leboyer M. Temperament in bipolar illness: impact on prognosis. *J Affect Disord* 1999; 56: 103-108.
62. Coşkun KŞ. Hızlı Döngülü Bipolar I Hastalarının Afektif Mizaç Özellikleri. *Kocatepe Tıp Dergisi*, Mayıs 2011; 12: 86-94.
63. Perugi G, Toni C, Maremmani I, Tusini G, Ramacciotti S, Madia A et al. The influence of affective temperaments and psychopathological traits on the definition of bipolar disorder subtypes: a study on bipolar I Italian national sample. *J Affect Disord* 2012.
64. Cassano GB, Akiskal HS, Perugi G, Musetti L, Savino M. The importance of measures of affective temperaments in genetic studies of mood disorders. *J Psychiatr Res* 1992 Oct; 26(4): 257-68.
65. Erfurth A, Gerlach AL, Hellweg I, Boenigk I, Michael N, Akiskal HS. Studies on a German (Munster) version of the temperament auto-questionnaire TEMPS-A: construction and validation of the brief TEMPS-M. *J. Affect. Disord*,2005; 85, 53-69.
66. Bloink R, Brieger P, Akiskal HS, Marneros A. Factorial structure and internal consistency of the German TEMPS-A scale: validation against the NEO-FFI questionnaire. *J. Affect. Disord*,2005; 85, 77-83.

67. Perugi G, Musetti L, Simonini E, Piagentini F, Cassano GB, Akiskal HS. Gender-mediated clinical features of depressive illness. The importance of temperamental differences. *Br J Psychiatry* 1990 Dec; 157: 835-41.
68. Brieger P, Roettig S, Ehrt U, Wenzel A, Blöink R, Marneros A. TEMPS-a scale in 'mixed' and 'pure' manic episodes: new data and methodological considerations on the relevance of joint anxious-depressive temperament traits. *J Affect Disord* 2003 Jan; 73(1-2).
69. Rottig D, Rottig S, Brieger P, Marneros A. Temperament and personality in bipolar I patients with and without mixed episodes. *J Affect Disord* 2007; 104: 97–102.
70. Akiskal HS, Hantouche EG, Bourgeois ML, Azorin JM, Sechter D, Allilaire JF et al. Gender, temperament, and the clinical picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (Epiman). *J Affect Disord* 1998; 50: 175-186.
71. Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S, et al. Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-stream from a French national multisite study (EPIDEP). *J Affect Disord* 1998; 50:163–173.
72. Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: "dark" and "sunny" expressions of soft bipolarity. *J Affect Disord* 2003 Jan; 73(1-2): 49-57.
73. Mechri A, Kerkeni N, Touati I, Bacha M, Gassab L. Association between cyclothymic temperament and clinical predictors of bipolarity in recurrent depressive patients. *J Affect Disord* 2011 Jul; 132(1-2): 285-8.
74. Morishita C, Kameyama R, Toda H, Masuya J, Fujimura Y, Higashi S, et al. TEMPS-A (short version) plays a supplementary role in the differential diagnosis between major depressive disorder and bipolar disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2021., 75(5), 166–171.
75. Fico G, Luciano M, Sampogna G, Zinno F, Steardo L, Perugi G. et al. Validation of the brief TEMPS-M temperament questionnaire in a clinical Italian sample of bipolar and cyclothymic patients. *J. Affect. Disord*, 2020; 260, 458–462.
76. Vöhringer PA, Whitham EA, Thommi SB, b, Holtzman NS, Khrad H, Ghaemi SN. Affective temperaments in clinical practice: A validation study in mood disorders. *J Affect Disord* 2012; 136: 577–580.
77. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z, Alkan M, Akiskal H. Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first-degree relatives: A controlled study. *Journal of Affective Disorders* 2005; 85(1-2): 127–133.
78. Chiaroni P, Hantouche EG, Gouvernet J, Azorin JM, Akiskal HS. The cyclothymic temperament in healthy controls and familiarly at risk individuals for mood disorder: Endophenotype for genetic studies? *Journal of Affective Disorders* 2005; 85: 135–145.
79. Liu T, Xu G, Lu W, Zhang R, Chen K, McIntyre RS, et al. Affective Temperament Traits Measured by TEMPS-A and Their Associations with Cognitive Functions among Offspring of Parents with Bipolar Disorder with and without Subthreshold Symptoms. *Journal of Af. Affective Disorders*, 283, 377–383.
80. Baldessarini RJ, Vázquez GH2, Tondo L. Affective temperaments and suicidal ideation and behavior in mood and anxiety disorder patients. *J Affect Disord* 2016 Jul 1; 198: 78-82.

81. Pompili M, Rihmer Z, Akiskal HS, Innamorati M, Iliceto P, Akiskal KK et al. Temperament and personality dimensions in suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Psychopathology* 2008; 41: 313–321.
82. Rihmer A, Rozsa S, Rihmer Z, Gonda X, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters. *J Affect Disord* 2009; 116: 18–22.
83. Kochman FJ, Hantouche EG, Ferrari P, Lancrenon S, Bayart D, Akiskal HS et al. Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *J Affect Disord* 2005; 85: 181–189.
84. Vazquez GH, Gonda X, Lolic M, Tondo L, Baldessarini RJ. Suicidal risk and affective temperaments, evaluated with the TEMPS-A scale: a systematic review. *Harv. Rev. Psychiatry*, 2018; 26, 8–18.
85. Maremmani I, Pacini M, Popovic D, Romano A, Maremmani AG, Perugi G et al. Affective Temperaments In Heroin Addiction. *J Affect Disord* 2009; 117: 186-192.
86. Pacini M, Maremmani I, Vitali M, Santini P, Romeo M, Ceccanti M. Affective Temperaments in Alcoholic Patients. *Alcohol* 2009; 43: 397-404.
87. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). Cinsel Yaşam ve Sorunları.2008.
88. Bozdemir N, Özcan S. Cinsellik ve cinsel sağlığa genel bakış. *TJFMPC* 2011;5:37–46.
89. Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2.Baskı, Ankara: HYB Basım Yayın, 2007; 265-279.
90. Kaplan, Helen Singer. Hypoactive sexual desire. *Journal of sex & marital therapy*, 1977, 3.1: 3-9.
91. İncesu C. Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri* 2004; Ek 3:3-13.
92. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *J Sex Marital Ther* 2001;27:83– 94. .
93. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Cinsel Yaşam ve Sorunları. Bilgilendirme Dosyası-1 ( Electronic Journal), Erişim: [www.cetad.org.tr](http://www.cetad.org.tr) 2006; 1:21-59.
94. Sadock VA. Normal Human Sexuality and Sexual Dysfunction: In Saddock BJ, Saddock VA (editors). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Eighth Ed., 2007; 1902- 1936.
95. Sungur MZ, Gündüz A. A Comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 Definitions for Sexual Dysfunctions: Critiques and Challenges. *J Sex Med*. 2014; 11(2):364-373.
96. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. *JAMA* 1999; 281: 537–544.
97. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. *The social organization of sexuality: sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press; 1994.
98. Weijmar Schultz W, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wesselmann U, Van Lankveld J. Women's sexual pain and its management. *J Sex Med* 2005;2:301-16.

99. Yılmaz E. Cinsel sorunlar ve tutumlar üzerine bir epidemiyolojik araştırma. In: Sungur MZ, Karabekiroğlu A, Bez Y, Kavuncu NV, editörler. Kognitif ve Davranış Terapileri 1. Ulusal Kongresi Kitapçığı; 28-30 Eylül 2007; İstanbul, Türkiye. s. 80.
100. Özdemir YO, Şimşek F, İncesu C, Koç K. Sociodemographic and clinical characteristics of subjects referred to a multidisciplinary sexual dysfunction outpatient clinic. *European Journal of Sexual Health* 2006;15(Suppl 1):S14-5.
101. Şimşek F, Özdemir Ö, İncesu C, Karakoç B, Özkardeş S. Çoğul disiplinli bir cinsel işlev bozuklukları merkezine başvuran 1,002 olgunun sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Üroloji Bülteni* 2003;14:137-44.
102. Kaplan HS. Yeni Cinsel Terapi. Bolat F (Çeviri Ed.) 1. Baskı, Ankara: CK Yayın Evi, 2014.
103. Şahin D. Psikiyatrik Bozukluklarda Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry* 2004; 5:35-42.
104. Vestergaard P, Amdisen A, Schou M. Clinically significant side effects of lithium treatment: a survey of 237 patients in longterm treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1980; 62:193-200.
105. Amsterdam JD, Winokur A, Caroff S et al. The effects of desmethylimipramine and lithium on human sperm function. *Psychoendocrinology* 1981; 6:359-364.
106. Aizenberg D, Sigler M, Zemishlany Z, Weizman A. Lithium and male sexual function in affective patients. *Clin Neuropharmacol* 1996; 19(6):515-519.
107. Ceviz H. Bipolar I Bozukluğu Olan Hastalarda ve Eşlerinde Cinsel İşlev Bozukluğu ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne*, 2013.
108. Balaguer Martinez JV, Lopez Garcia MJ, Adres CM, Contell VA, Castello Pomares ML. Effects of valproate on sexual development. *An Esp.Pediatr* 2003; 58(5):443-448.
109. Isojarvi JI, Repo M, Pakarinen AJ, Lukkarinen O, Myllyla VV. Carbamazepine, phenytoin, sex hormones and sexual function in men with epilepsy. *Epilepsia* 1995; 36(4):366-370.
110. Chen SS, Shen MR, Chen TJ, Lai SL. Effects of antiepileptic drugs on sperm motility of normal controls and epileptic patients with long-term therapy. *Epilepsia* 1992; 33(1):149-153.
111. Husain AM, Carwile ST, Miller PP, Radtke RA. Improved sexual function in three men taking lamotrigine for epilepsy. *South Med J* 2000; 93(3):335-336.
112. Nagaraj AKM, Nizamie SH, Akhtar S, Sinha BNP, Goyal N. A Comparative Study of Sexual Dysfunction due to Typical and Atypical Antipsychotics in Remitted Bipolar-I Disorder. *Indian Journal of Psychiatry* 2004; 46(3): 261-267.
113. Baldwin D, Mayers A. Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Advances in Psychiatric Treatment* 2003; 9:202-210.
114. Bobes J, Garcia-Portilla MP, Rejas J. Frequency of sexual dysfunction and other reproductive side-effects in patients with schizophrenia treated with risperidone, olanzapine, quetiapine, or haloperidol: the results of the EIRE study. *J Sex Marital Ther.* 2003;29:125-147.

115. Hummer M, Kemmler G, Kurz M, Kurzthaler I, Oberbauer H, Fleischhacker WW. Sexual disturbances during clozapine and haloperidol treatment for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 4:631-633.
116. Coulouvrat C, Dondey-Nouvel L. Safety of amisulpride (Solian): a review of 11 clinical studies. *Int Clin Psychopharmacol* 1999; 14:209-218.
117. Baldwin D, Birtwistle J. Schizophrenia, antipsychotic drugs and sexual function. *Prim Care Psychiatry* 1997; 3:32-39.
118. Greenberg WM, Citrome L. Ziprasidone for schizophrenia and bipolar disorder: a review of the clinical trials. *CNS Drug Rev* 2007; 13(2):137-177.
119. Kuloğlu M, Ekinci O. Yeni nesil antipsikotikler ve cinsel işlev bozukluğu. *Klinik Psikiyatri* 2008; 11:191-199.
120. Smith SM, O'Keane V, Murray R. Sexual dysfunction in patients taking conventional antipsychotic medication. *Br J Psychiatry* 2002; 181:49-55.
121. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Eradamlar N, Alpkın L. Evlilik uyumu. *Düşünen Adam* 2005; 18 (1): 39-47.
122. Whisman M, Delinsky S. Marital satisfaction and an information-processing measure of partner schemas. *Cognitive Therapy and Research* 2002;26:617.
123. Berterö C. Types and sources of social support for people afflicted with cancer. *Nurs Health Sciences* 2000;2:93-101.
124. Babaoğlu Akdeniz E. Meme Kanseri Olan Evli Kadın Hastaların Eşler Arası Uyum ve Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing* 2012; 3(2):53-60.
125. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Alpkın L, Eradamlar N. Cinsellik ve Çift Uyumu Arasındaki İlişki: Üç Grup Evli Çiftte Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Düşünen Adam* 2005; 18(2):72-81.
126. Brezsnjak M, Whisman MA. Sexual Desire and Relationship Functioning: The Effects of Marital Satisfaction and Power. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2004; 30(3); 199-217.
127. Hartman MC. The Interface between sexual dysfunction and marital conflict. *American Journal of Psychiatry*, 1980; 137(5), 576-579.
128. Türkseven A, Söylemez İ, Dursun P. Cinsel İşlev Bozuklukları ile Evlilik Uyumu Arasındaki İlişki. *Kriz Dergisi* 2020; 28(1):9-20.
129. Ünal G. Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam* 2003; 16(1):39-45.
130. 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.
131. Henker FO. Coping with a manic-depressive spouse. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 1985, 19.4: 29-32.
132. Lam D, Donaldson C, Brown Y, Malliaris Y. Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disorders* 2005; 7:431-440.

133. Aydemir Ö, Uluşahin A, Akdeniz F. İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Kılavuzu. 1. Baskı, Ankara, 2010.
134. Tohen M, Frank E, Bowden CL, Colom F, Ghaemi SN, Yatham LN et. al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Task Force report on the nomenclature of course and outcome in bipolar disorders. *Bipolar Disord.* 2009 Aug;11(5):453-73.
135. Woods SW. Chlorpromazine equivalent doses for the newer atypical antipsychotics. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2003; 64(6), 663-667.
136. Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). *Br J Clin Psychol* 1985; 24:63-64. .
137. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust cinsel doyum ölçeğinin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993; (4)2:83-88.
138. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56-62.
139. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4:251-259.
140. Young RC, Biggs T, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania; Reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry.* 1978; 133:429-435.
141. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2002; 13:107-114.
142. Busby DM, Christensen C, Crane RD, Larson JH. A revision of the dyadic adjustment scale for use with distressed and non-distressed couples: Construct hierar chy and multidimensional scales. *Journal of Marital Family Therapy*, 1995, 21: 289-298.
143. Bayraktaroğlu HT, Çakıcı ET. Psychometric Properties of Revised form Dyadic Adjustment Scale in A Sample From North Cyprus. *International Journal of Educational Science*, 2017, 19 (2,3), 113-119.
144. First M, Williams J, Karg R, Spitzer R. Structured Clinical Interview For DSM-5 Disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing; 2016.
145. Elbir M, Topbaş ÖA, Bayad S, Kocabaş T, Topak OZ, Çetin Ş. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2019;30(1):51-56.
146. Savaş HA, Ünal A, Vırt O. Treatment adherence in bipolar disorder. *Journal of Mood Disorders* 2011; 1:95-102.
147. Akkaya C, Altın M, Kora K. Türkiye'de bipolar I bozukluğu hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 2012;22:31-41.
148. Baldessarini RJ, Tondo L, Visioli C. First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatr Scand.* 2014 May;129(5):383-92.

149. Daban C, Colom F, Sanchez-Moreno J, García-Amador M, Vieta E. Clinical correlates of first-episode polarity in bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2006 Nov-Dec;47(6):433-7.
150. Akarsu S, Erdem M, Bolu A, Günay H, Garip B, Ak M et al. Bipolar bozuklukta cinsiyete göre klinik ve sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi* 2012; 54:279-283.
151. Keck PE Jr, McElroy SL, Havens JR, Altshuler LL, Nolen WA, Frye MA, Suppes T, Denicoff KD, Kupka R, Leverich GS, Rush AJ, Post RM: Psychosis in bipolar disorder: phenomenology and impact on morbidity and course of illness. *Compr Psychiatry* 2003;44:263–269.
152. Ozyildirim I, Cakir S, Yazici O. Impact of psychotic features on morbidity and course of illness in patients with bipolar disorder. *Eur Psychiatry*. 2010 Jan;25(1):47-51.
153. Kesebir S, Bayrak A, Ünübol B, Turan Ç, Ünal A, Çakır S. Are depressive episodes of bipolar disorder I and II different? *Bipolar Disorders*, 2012, 14.
154. Gültekin BK, Kesebir S, Tamam L. Türkiye'de Bipolar Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013, 6.2: 199-209.
155. Goikolea JM, Colom F, Martínez-Arán A, Sánchez-Moreno J, Giordano A, Bulbena A et. al. Clinical and prognostic implications of seasonal pattern in bipolar disorder: a 10-year follow-up of 302 patients. *Psychol Med*. 2007 Nov;37(11):1595-9.
156. Kristensen E, Jorgensen P. Sexual function in lithium-treated manic-depressive patients. *Pharmacopsychiatry*, 1987; 20: 165-167.
157. Grover S, Ghosh A, Sarkar S, Chakrabarti S, Avasthi A. Sexual dysfunction in clinically stable patients with bipolar disorder receiving lithium. *J Clin Psychopharmacol*. 2014;34(4):475–82.
158. Ben Mahmoud S, Zouari L, Dammak M, Ben Thabet J, Zouari N, Mazólej M. Evaluation of sexuality in 61 subjects suffering from chronic psychosis. *Sexologies* 2013; 22(2):59-63.
159. Ghormode D, Gupta P, Ratnani D, 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. *Ind Psychiatry J* 2019;28:75-81.
160. Yüksel RN, Yaylacı ET, Kaya H, Erzin G, Akdağ EM, Demirci A, et al. Sexual functions and prolactin levels in patients with bipolar disorder (tur). *Journal of Clinical Psychiatry*, 2019; 22(1), 48–56.
161. Hariri AG, Karadağ F, Gürol DT, Aksoy UM, Tezcan AE. Sexual problems in a sample of the Turkish psychiatric population. *Compr Psychiatry* 2009; 50(4):353-360.
162. Namlı Z, Karakuş G, Tamam L, Demirkol ME. Bipolar Bozuklukta Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2016;8(4):309-320.
163. Namlı Z. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Çift Uyumu ve Cinsel İşlevlerin Değerlendirilmesi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi. Psikiyatri Uzmanlık Tezi*. Adana, 2015.
164. Aldemir E, Akdeniz F, Isikli S, Keskinöz Bilen N, Vahip S. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda üreme ve cinsel işlevler: Uzmanlaşmış bir duygudurum bozuklukları kliniği verileri. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*: 2016; 29:67-75.

165. Ruestow P, Dunner D, Bleecker B, et al. Marital adjustment in primary affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 1978, 19.6: 565-571.

