



**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**İKİ UÇLU BOZUKLUK-DEPRESİF ATAK VE MAJÖR DEPRESİF
BOZUKLUKHASTA GRUPLARININ PSİKOSOSYAL İŞLEVSELLİK
AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Hüseyin GENÇER

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2020



**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**İKİ UÇLU BOZUKLUK-DEPRESİF ATAK VE MAJÖR DEPRESİF
BOZUKLUK HASTA GRUPLARININ PSİKOSOSYAL İŞLEVSELLİK
AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Hüseyin GENÇER

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Salih Saygın EKER

BURSA-2020

İÇİNDEKİLER

Türkçe Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iii
Giriş ve Amaç.....	1
Genel Bilgiler.....	2
1. İki Uçlu Bozukluk.....	2
1. a. Tanım ve Tarihçe.....	2
1. b. Epidemiyoloji.....	3
1. c. Etyoloji.....	5
2. Major Depresif Bozukluk.....	6
2. a. Tanım ve Tarihçe.....	6
2. b. Epidemiyoloji.....	6
2. c. Etyoloji.....	8
3. İUB ve MDB Arasındaki Klinik Farklar.....	9
4. İşlevsellik.....	10
Gereç ve Yöntem.....	13
Bulgular.....	17
Tartışma ve Sonuç.....	22
Kaynaklar.....	27
Ekler.....	36
Ek-1:.....	36
Ek-2:.....	38
Ek-3:.....	40
Ek-4:.....	41
Ek-5:.....	42
Teşekkür.....	44
Özgeçmiş.....	45

ÖZET

Bu çalışmanın amacı iki uçlu bozukluk (İUB) ve major depresif bozukluk (MDB) tanılı hasta gruplarının depresif atak sırasındaki psikososyal işlevsellik düzeylerini belirlemek ve iki grubu bu açıdan karşılaştırmaktır. Bu amaçla DSM-5'e göre yapılan değerlendirmede depresyonda olduğu belirlenen 21 İUB ve 19 MDB tanılı hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen her hastadan sosyodemografik bilgiler ve hastalık öyküsü alınmış, Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği (İGD), Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) uygulanmıştır.

Sonuç olarak, her iki hasta grubunun depresyonun şiddetiyle orantılı bir şekilde sosyal, psikolojik ve mesleki işlevsellikte ciddi bozulma yaşadıkları tespit edilmiştir. Yapılan karşılaştırmada ise HAM-D skoru MDB grubunda ($p=0,04$) anlamlı olarak daha yüksek olmasına rağmen SUKDÖ ($p=0,39$) ve İGD ($p=0,54$) puanlarının iki grup arasında anlamlı farklılık göstermemesi, İUB'un işlevsellik üzerine olan olumsuz etkisinin daha fazla olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: iki uçlu bozukluk, major depresif bozukluk, psikososyal işlevsellik.

SUMMARY

Comparison of Bipolar Disorders-Depressive Episod and Major Depressive Disorder Patient in Terms of Psychosocial Functionality

This study aimed to determine the psychosocial functionality levels of patients with bipolar depressive disorder (BDD) and major depressive disorder (MDD) during depressive episode and to compare the two groups in this respect. A total of 40 patients were included in to the study, 19 of whom were diagnosed as unipolar and 21 as bipolar depression according to DSM-5.

Sociodemographic information and history of the disorder for each subject was taken, Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Social Adaptation Self Avoluation Scale (SASS), Global Assessment of Functioning Scale (GAF) and Young Mania Rating Scale (YMRS) were administered to all subject

In conclusion, it was determined that both patient groups showing severe impairment in social, psychological and occupational functionality, in relation to the severity of depression. In the comparison made although the HDRS score was significantly higher in the MDD group ($p=0,04$), the fact that the SASS ($p=0,39$) and IGD ($p=0,54$) scores did not differ significantly between the two groups was interpreted as the negative effect of bipolar disorder on functionality was more evident.

Keywords: bipolar depression, major depressive disorder, Psychosocial functionality.

GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon tipik olarak olağan etkinliklerden ve daha önce kişiye zevk veren durumlardan artık eskisi gibi zevk alamama ve bunlara karşı ilginin kaybolmasıyla kendini gösteren çökkünlük, karamsarlık yanında keder ve elem duyguları ile görünen depresif bir duygudurumla seyreder. Bunlarla birlikte depresyonda gerek mental, gerekse fiziksel alanda enerji azlığı ile kendini gösteren psikomotor yavaşlama, düşünce içeriği kısıtlılığı ile belirgin bilişsel yavaşlama ve kişinin işlevselliğinde azalma görülür (1). İki uçlu bozukluk (İUB) ve majör depresif bozukluk (MDB) ataklar halinde seyredabilen tekrarlayıcı özellikleri ile işlevsellikte önemli kayıplara neden olabilen psikiyatrik bozukluklardır (2). Hastalar genellikle uzun süreli hastalık seyri boyunca tüm afektif belirti şiddeti seviyelerini yaşayabilmektedir. Ayrıca, hastalık şiddeti arttıkça işlevsellikteki bozulma da anlamlı düzeyde artmaktadır. Çalışmalardan elde edilen veriler, hem MDB'un hem de İUB seyrinin kronik ve ağırlıklı olarak depresif doğasının altını çizmektedir(3). MDB hastalarının %70'i (4), İUB hastalarının %88'i (1) 5 yıl içerisinde en az bir depresif atak geçirmektedir. Hastalar yaşamları boyunca 5'ten fazla depresif atak geçirebilmektedirler (2).

MDB ve İUB sıklıkla tüm işlevsellik alanlarında yaygın bozulmalarla ilişkilidir. Depresifatak sırasında aile içi ilişkilerde bozulma, çalışma veriminde azalma, işgünü kaybı ya da çalışmama yaygın olarak görülmektedir (7). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, depresyon "işlev kaybıyla yaşanan yıllar" göz önüne alındığında işlev kaybının en önde gelen nedenidir. Depresyona bağlı yetiyitimi, tüm kanser türleri de dahil olmak üzere inme ve hipertansif kalp hastalıklarından daha fazladır (8). Global Hastalık Yüku 2000 çalışmasında depresyonun "işlev kaybına uyarlanmış yaşam yılı" nın %4,46'sını, "işlev kaybıyla yaşanan yıllar" ın %12,1'ini oluşturduğunun gösterilmesiyle depresyona ikincil olarak meydana gelen ciddi işlev bozukluğu vurgulanmıştır (9). Yetiyitiminin büyük bir kısmı, depresyonda yaşanan ekonomik kayıplar (hem kişisel hem de toplumsal), yaşam kalitesi ve kişilerarası ilişkilerdeki bozulmayla ilgilidir (10).

Bireyin zihinsel veya fiziksel kısıtlamalar olmaksızın toplumsal yaşamda kendisine biçilmiş rollerini yerine getirebilme düzeyi olarak tanımlanan işlevselliğin, psikiyatrik hastalıklarda diğer birçok kronik tıbbi hastalığa göre daha yüksek seviyede olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (11).

Literatür incelendiğinde, iki uçlud depresyon (İUD) ve majör depresyonun (MD) işlevsellik üzerine olan etkilerinin araştırıldığı birçok çalışma olmasına rağmen, bu iki grubun işlevsellik açısından karşılaştırıldığı yeterli sayıda çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada; İUB ve MDB tanılı hastaların depresif atak sırasındaki mesleki ve sosyal alanlardaki işlevsellik düzeylerini karşılaştırmak, depresyon şiddetiyle işlevsellik arasındaki ilişkiyi incelemek hedeflenmiştir.

GENEL BİLGİLER

1. İki Uçlu Bozukluk

1. a. Tanım ve Tarihçe

İUB; Belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de içeren karma görünümlü ataklarla giden, ataklar sırasında ciddi sosyal ve mesleki işlevsellik kaybına yol açan, ataklar arasında ise kişinin bazen eşik altı belirtiler sergilediği bazen de hiçbir belirtinin bulunmadığı sağlıklı duygudurumu haline (ötimi) dönebildiği, yaşam boyu sürebilen kronik seyirli bir ruhsal hastalıktır (12).

İUB duygudurumun iki ucunda dönemsel olarak ortaya çıkan ataklarla karakterize tekrarlayıcı bir hastalıktır (13). Bu yelpazenin depresif uç noktası tarihte ilk kez sistematik olarak Hipokrat tarafından melankoli olarak tanımlanmış, mani ve melankoli tablolarının tekrarlayan şekilde ortaya çıkmasıyla oluşan klinik antite 19. yüzyılda Falret ve Baillarger tarafından “döngüsel çılgınlık” şeklinde adlandırılmıştır. Bu antitenin bir hastalık yelpazesi olarak tanımlanması ise Kraepelin tarafından “manik depresif çılgınlık” ismiyle yapılmıştır. 1952’de psikiyatrik hastalıklar için standardize bir

kategori yaratma çabası ile oluşturulan “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders I” (DSM) isimli sınıflandırma kitabında “manik depresif reaksiyon” ismiyle yer almıştır. 1968 de yayınlanan DSM-2’de “manik depresif hastalık” ismi ile “duygulanım bozuklukları” başlığı altında tarif edilmiş ve bu baskıda manik depresif hastalık “manik, depresif ve döngüsel” olarak 3 farklı türe ayrılmıştır.1980’de yayınlanan DSM-3’de ise daha önceki sürümlerinden farklı olarak atak tanısı için gerekli olan kriterler belirtilmiş ve duygudurum bozuklukları bipolar ve unipolar isimleri ile iki farklı tip olarak tanımlanmıştır. 1994’de yayınlanan DSM-4’te ise “duygudurum bozuklukları” başlığı altında iki farklı tür olarak değerlendirilen bipolar ve unipolar kavramları, 2013 yılında yayınlanan DSM-5’te bu şekilde sınıflandırılmamış, duygudurum bozuklukları başlığı kaldırılmış, unipolar depresyon kavramı yerine majör depresif bozukluk kavramı kullanılmış ve depresif bozukluklar genel başlığı içinde yer almıştır (14).

1. b. Epidemiyoloji

İUB’un yaşam boyu yaygınlığı %0,7-1,6 (ortalama %1,2) arasındadır. Bu oran İUB tip-1 için %0-2,4 iken İUB tip-2 için %0,3-4,8 civarındadır. Spektrum olarak ele alındığında ise bu oran %5’i geçmektedir (15). 2011 yılında Amerika, Avrupa ve Asya’ dan 11 ülkenin dahil edildiği, 61.392 kişinin değerlendirildiği toplum tabanlı yapılan bir çalışmada yaşam boyu İUB yaygınlığı %2.4 olarak bildirilmiştir (16). İUB yaygınlığı ileri yaş ve yüksek eğitim seviyeli gruplarda daha azken, çalışanlarla kıyaslandığında işsiz ve engellilerde daha fazladır. Cinsiyet, gelir düzeyi ve etnisite açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (17).

DSÖ’nden alınan verilere göre tüm yaş grupları göz önünde bulundurulduğunda İUB yetiyitimi yapan tüm tıbbi hastalıklar arasında 12. sırada yer almaktadır (9). İUB genç nüfustaki engelliliğin, bilişsel bozulmanın, işlevsellikteki bozulmanın ve özellikle özkıyım sonucu gerçekleşen ölümün başlıca sebeplerindendir (18). İUB’un görülme yaygınlığı kültürel ve etnik gruplar ile cinsiyet açısından farklılık göstermemektedir (15). Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda daha sık görülmeyle birlikte;

erkeklerde ilk atak sıklıkla mani iken kadınlarda depresyondur. Alkol ve madde kullanım bozukluğu erkeklerde daha sık görülmekte iken hızlı döngü ve karma ataklara kadınlarda daha sık rastlanmaktadır (1). İUB genellikle 20'li yaşlarda başlar. Hastaların %20-30'unda ilk belirtiler 18 yaşından önce, %10'unda ise 50 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır. Olguların yaklaşık üçte birinde erken başlangıç (<26 yaş) görülmekte ve bu erken başlangıç kötü prognoz ile ilişkilendirilmektedir (19).

İUB'un seyri sırasında depresif belirtilerin manik belirtilerinden daha sık gözleendiği, depresyonda geçen sürenin manide geçen sürenin yaklaşık üç katı olduğu bildirilmiştir (20). İUB'un sosyoekonomik maliyeti göz önüne bulundurulduğunda depresif belirtilerin manik/karma semptomatolojiye göre daha fazla katkıda bulunduğu bildirilmiştir. Manik/karma ataklarda yatış sıklığının fazla olması nedeniyle yapılan direkt harcamalar daha fazla olsa da depresif belirtilerin neden olduğu dolaylı maliyetler (üretkenlikte düşme, süre, yaygınlık) sosyoekonomik yükün çoğunluğuna karşılık gelmektedir (21). Amerika Birleşik Devletleri'nde 3.378 çalışan ile yapılan ve komorbid tıbbi hastalıkların ekonomik yüklerinin değerlendirildiği bir çalışmada İUB tanılı hastaların MDB tanılı hastalara göre mesleki işlevsellikte daha belirgin bozulma yaşadığı gösterilmiştir. Aynı çalışmada İUB tanılı hastalardan son bir yıl içinde sadece bir depresif atak geçirenlerin 12 ay boyunca işe devamsızlık, üretkenlikte azalma ve toplam işgünü kaybında sadece bir manik atak geçirenlere göre daha yüksek oranlara sahip olduğu bildirilmiştir (22). Başka bir çalışmada, değerlendirildikleri kesitte depresyonda olan 32, manik/hipomanik olan 31 İUB tanılı hasta karşılaştırıldığında depresif grubun kendine bakabilme, kişiler arası ilişki, kognitif işlevsellik, boş zaman yönetimi ve genel işlevsellik alanlarında manik gruba göre anlamlı düzeyde bozulma yaşadığı bildirilmiştir (23). Dolayısıyla mani belirtileriyle kıyaslandığında depresif belirtiler mesleki ve sosyal alanlardaki işlevsellik kaybıyla daha fazla ilişkilidir (24). 412 İUB tanılı hastanın 24 ay boyunca ayaktan takip edildiği bir çalışmada işsiz olan hastaların çalışanlara göre anlamlı derecede daha ağır depresif belirtilere sahip olduğu fakat manik belirtiler açısından böyle bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Takipler sırasında en az bir depresif atak

geçirenlerin eşik altı depresif belirtileri olanlarla kıyaslandığında istihdam edilme oranlarının %15 daha az olduğu, çalışanların aylık 4 işgünü kaybı yaşadığı, benzer ilişkinin manik atak geçiren/geçirmeyen arasında gözlenmediği bildirilmiştir (25). Benzer şekilde 9 prospektif çalışmanın (n=3184) dahil edildiği bir sistematik gözden geçirmede, depresyonun daha kötü istihdam durumunu ve/veya mesleki işlevselliği öngörmeye mani belirtilerinden daha tutarlı olduğu ifade edilmiştir (26).

1. c. Etiyoloji

İUB'un etiyojisi henüz tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte patogenezinde genetik, biyokimyasal, nöroendokrin, nöroanatomik ve psikososyal/çevresel etmenlerin rol oynadığı düşünülmektedir.

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, İUB'ta güçlü bir genetik komponentin bulunduğunu destekler kanıtlar sunmaktadır (27). Aile çalışmalarında, İUB tanılı hastaların birinci derece akrabalarının kontrol deneklerinin birinci derece akrabalarına göre 8-18 kat daha fazla İUB ve 2-10 kat daha fazla MDB tanısına sahip oldukları bildirilmiştir (28). İUB hastalarının birinci dereceden akrabalarında bozukluğun yaşam boyu riski %5-10 arasında değişmektedir. Monozigot ikizlerde yaşam boyu İUB geçirme riski %40-70'tir (27).

Duygudurum bozukluklarının fizyopatolojisi ile ilgili çalışmalarda nörotransmitter kuramları önemli yer tutmaktadır. Oysaki duygudurum bozuklukların ortaya çıkmasında monoaminerjik iletim ile ilgili değişikliklerin basamaklardan sadece birisi olduğu düşünülmektedir (29). Son yıllarda İUB etyopatolojisi; duygudurumun oluşmasında etkili beyin yapılarındaki nöroplastisite bozukluğuyla ve hücre hayatta kalım süresinde azalmayla ilişkilendirilmektedir (30).

Ne kadarının hastalığın etkisine bağlı olduğu bilinmemekle birlikte İUB tanılı hastalarda yapılan nörogörüntüleme araştırmalarında sıkça gözlenen nöroanatomik değişiklikler arasında striatum, amigdala, orta hat serebellum ve lateral ventrikül bölgeleri bulunmaktadır (31).

Duygudurum bozuklukları için önerilen duyarlılaşma modeli (kindling) ilk atakların genellikle bir çevresel tetikleyici etmen sonrası ortaya çıktığı ancak daha sonraki ataklarda tetikleyici etmen olmaksızın atakların ortaya çıkabileceği gözlemine dayanır. Bu kuramda, stresin beyinde çeşitli nörokimyasal sistemlerde uzun süreli bozulmalar ya da olası nöronal kayıp yaratarak, psikososyal tetikleyici etmenlere duyarlılık yarattığı düşünülmektedir (28).

2. Major Depresif Bozukluk

2. a. Tanım ve Tarihçe

Olağan etkinliklerden ve daha önce kişiye zevk veren durumlardan eskisi gibi zevk alamama ve bunlara karşı ilginin kaybolması, yoğun mutsuzluk, karamsarlık, suçluluk duyguları ile görülen; düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, odaklanma bozukluğu, enerji azlığı, uyku sorunları ve olası intihar düşünceleri ile karakterize bir sendromdur (32). Psikiyatride kaydedilen ilerlemelere rağmen, Hipokrat'ın zamanından bu yana ruhsal durumlar için tanısız isimlendirmeler çok az değişmiştir. İsa'dan önce 5. yüzyılda Hipokrat melankoli terimini kullanmıştır. Tanı sınıflandırma sistemlerinde 2013 yılında yayımlanan DSM-5'e kadar Duygudurum Bozuklukları başlığı altında bipolar bozukluk ile birlikte bulunan majör depresif bozukluk, DSM-5 ile birlikte bu tanı başlığından çıkartılmış ve Depresyon Bozuklukları başlığı altından tanımlanmıştır (32).

2. b. Epidemiyoloji

Major depresif bozukluk, dünya genelinde 264 milyondan fazla insanın etkilendiği yaygın görülen bir rahatsızlıktır. Özellikle orta ve ağır şiddetli depresyon aile, iş, okul gibi alanlarda kişinin işlevselliğinin düşmesine ve en önemlisi özkıyım girişimlerine sebep olmaktadır. Her sene yaklaşık 800 bin kişi özkıyım sonucu ölmektedir (33). Türkiye ruh sağlığı profili çalışmasında 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda %5,4, erkeklerde

%2,3, tüm nüfusta %4 olarak bulunmuştur (34). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan geniş çaplı bir ulusal çalışmada MDB'ta 12 aylık yaygınlık %6,6, yaşam boyu yaygınlık %16,2 olarak bildirilmiştir. Yaşam boyu hastalanma riski erkekler için %8-12, kadınlar için %20-26 olarak bulunmuştur (22). MDB her yaşta görülebilmesinin yanısıra özellikle orta yaşlar olan 25-44 yaşları arasında daha sık izlenen bir bozukluktur (35). Depresyonun yaşam kalitesinde düşme, mortalite riskinde artma ve iş yerinde üretkenlikte azalma ile ilişkili olduğu saptanmıştır (36). Hastalarda yapılan boylamsal çalışmalar, İUB ve MDB'un mesleki işlevsellik (ve psikososyal işlevselliğin diğer alanları) üzerindeki etkisinin akut hastalık dönemlerinin ötesinde de devam ettiğini göstermiştir (37). MDB hastalarında semptomatik iyileşmeden 3 yıl sonra bile sosyal işlevsellikteki bozulmanın devam ettiği (38), bunun da işsizlik, engellilik ve düşük iş performansı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (39). Ayrıca son dönemde yapılan çalışmalarda MDB tanılı hastalarda kognitif disfonksiyonun remisyon döneminde de devam ettiği, bu durumun farklı işlevsellik alanlarında tam iyileşmeye engel olduğu, psikososyal işlevsellikteki bozulmanın da relapslarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (40, 41). Küresel hastalık yükü 2013 çalışmasının verilerine göre MDB dünya genelinde en sık maluliyet sebepleri arasında ikinci sıradadır (42). Depresif bir hastanın her yıl için ortalama 27,2 iş günü kaybı olduğu tahmin edilmektedir (43). Amerika Birleşik Devletleri'nde depresyona bağlı ekonomik kayıp 2005 yılında 173,2 milyar dolar, 2010 yılında ise 210,5 milyar dolar olarak hesaplanmış, beş sene içerisinde %21,5 oranında artış olduğu görülmüştür. Mali kaybın %48-50'si mesleki işlevsellikteki bozulmaya bağlı olduğundan depresyonu tedavi etmenin daha düşük maliyete yol açtığı saptanmıştır (44).

2. c. Etyoloji

Depresyonun ortaya çıkmasında genetik, biyolojik ve psikososyal etkenler rol oynamaktadır. MDB tanılı hastaların birinci derece akrabalarında hastalanma riski genel nüfusa göre 2-3 kat yüksek bulunmuştur (45). Depresyonda kalıtımla geçiş oranının, ikiz çalışmalarına dayanarak %31-42 arasında olduğu, yineleyici ve erken başlangıçlı depresyonda kalıtımın etkisinin daha fazla olduğu düşünülmektedir (46).

Depresyon gelişiminde özellikle serotonerjik, noradrenerjik ve dopaminerjik sistemler başta olmak üzere beyindeki çeşitli nörotransmitterlerle ilgili işlevsel bozuklukların sorumlu olduğu düşünülmektedir (1). Araştırmalar sonucunda geliştirilen monoamin reseptör hipotezine göre, nörotransmitter eksikliği, stres ya da kalıtsal reseptör anormallikleri nedeniyle postsinaptik reseptörlerde up-regülasyon oluşmakta, bu up-regülasyon veya diğer reseptör işlev bozuklukları depresyonun sebebi olarak tanımlanmaktadır. Reseptörlerdeki patoloji, reseptörlerin kendisinden, monoamin nörotransmitter defektinden veya sinyal transdüksiyonu ile ilgili sorunlardan gelişebilmektedir (47).

Etiyolojik alandaki araştırmaların diğer bir önemli kısmını hipotalamo-pituiter-adrenal (HPA) ve hipotalamo-pituiter-tiroid (HPT) eksenleri oluşturmaktadır. Depresyondaki hastaların önemli bir bölümü yükselmiş kortizol düzeylerine sahiptir. Kortikotrop salgılatıcı hormon (CRH) uyarımına adreno-kortikotropik hormon (ACTH) ve beta endorfin yanıtında azalma görülmekte ve deksametazon supresyon testinde bu hastaların yaklaşık %50'sinde kortizol düzeyinde beklenen baskılanma oluşmamaktadır (48).

MDB'un etyolojisine yönelik farklı alanlarda yapılan çalışmaların hiçbiri tek başına yeterince açıklayıcı olamasa da epidemiyolojik ve nörobiyolojik çalışmalar; biyolojik (örn nörotransmitter sistemindeki işlev bozuklukları, genetik defektler), psikolojik (örn bozulmuş duygu tanıma) ve sosyal etmenlerin (örn zorlayıcı yaşam olayları) arasındaki etkileşimlerin zaman içinde MDB geliştirme riskini açıklayabileceği belirtilmiştir (49).

3. İUB ve MDB Arasındaki Klinik Farklar

Klinik, biyolojik, mizaç ve sosyodemografik özelliklerinin bazıları İUD ve MD'ü daha erken tanımak ve tedavi edebilmek açısından birer yordayıcı olabilir. DSM-5'te majör depresif dönem tanı ölçütleri açısından MD ve İUD arasında fark olmaması, kesitsel olarak bu iki bozukluğun ayrımını güçleştirmektedir. İUD, MD'dan klinik, epidemiyolojik ve sağaltım yönlerinden bazı farklılıklar gösterse de bu farkların patognomonik nitelik taşımadığı ve İUB tanısının ancak uzunlamasına değerlendirmede manik ya da hipomanik dönem varlığı ile konulduğu unutulmamalıdır.

İUB hastalarının ilk duygudurum atakları %40-60 oranında çökkünlük dönemi şeklindedir. İUB tanılı hastaların %25-50'si ilk olarak MDB tanısı almaktadır. Yanlış tanı oranının yüksekliği, İUB prevalansının gerçekte daha yüksek olabileceğini ve birçok hastanın İUB yerine MDB tanısıyla izlendiğini göstermektedir (50). Bu nedenle hastaların ilk başvuruları ile İUB tanısı koyulması arasında geçen süre ortalama 12 yıla kadar uzayabilmektedir (51). İUB her iki cinsiyette eşit dağılım gösterirken, MDB'un kadınlarda erkeklerden iki kat fazla olduğu gösterilmiştir (52). İUB 20'li yaşlarda başlarken MDB 40'lı yaşlarda başlamaktadır (28). İUB, MDB'a göre sıklıkla daha erken yaşta başlamaktadır. Bununla birlikte erken başlangıçlı depresyonlarda İUB'a dönüşüm açısından da dikkatli olmak gerekmektedir (51). İUB'ta depresyon dönemlerinin sonbahar ya da kış mevsimlerinde görülme sıklıkla daha fazladır. Anksiyete, aşırı öfke dışavurumları, bedensel yakınmalar, psikomotor ajitasyon ve ağrıya duyarlılık MD'da; ataklar arası belirti değişkenliği, atak içinde duygudurumda oynaklık ve bölünmüş REM uykusu İUD'da daha sık görülmektedir (53). İUD'da semptomatik olarak geçirilen zaman ve tedaviye direnç daha fazla, belirtilerde akut başlangıç veya sonlanış, özellikle alkol ve madde kullanım bozukluğu gibi hastalıkların görüldüğü durumlar, iş hayatında tutarsızlık, kişiler arası ilişkilerde bozulma ve mizaç bozukluklu akraba sayısı daha fazla bulunmuştur (54, 55).

Postpartum başlayan depresif ataklar İUB'ta MDB'a göre daha sık izlenmektedir (56). İUB'ta tedavi edilmemiş bir depresif atağın sonlanımı ortalama 3-6 ay, MDB'ta ise 6-12 ay sürmektedir (57). İUB'ta mizaç genellikle siklotimik, kişilik dışa dönüktür, MDB'ta ise mizaç distimik, kişilik içe dönüktür (58). İUD görece akut, MD sinsi başlar. MDB'ta atakların daha şiddetli yaşandığı gözlemlenmiştir. Yaşam boyu özkıyım girişimi İUB'ta (%26), MDB'a (%14) göre daha yüksek bulunmuştur (55). Yapılan çalışmalar, İUD'da antidepresan yanıtının MD'a göre belirgin olarak daha kötü olduğunu desteklemektedir. Tedaviye yanıtsızlık ya da tolerans gelişimi İUD'da %58, MD'da ise %18 olarak saptanmıştır. Ayrıca antidepresan tedavinin İUB hastalarında hızlı döngüye neden olduğu ve uzun süreli izlemde duygudurum ataklarının sayısını arttırdığı, bu etkilerin MDB hastalarında ortaya çıkmadığı gösterilmiştir (59). 593 MDB ve 443 İUB tip-1 tanılı hastanın geriye dönük olarak karşılaştırıldığı bir çalışmada İUB için en güçlü yordayıcı klinik özelliklerin psikotik belirti varlığı, depresif atak boyunca günlük duygudurum değişikliği ve hipersomni, daha fazla sayıda depresif atak ve depresif atakların daha kısa sürmesi olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada aşırı suçluluk düşüncelerinin varlığı, halsizlik ve libido azalmasının MDB için daha belirleyici olduğu belirtilmiştir (60).

4. İşlevsellik

İşlevsellik, bireyin zihinsel veya fiziksel kısıtlamalar olmaksızın toplumsal yaşamda kendisine biçilmiş rollerini yerine getirebilme düzeyidir (61). Geniş anlamıyla bağımsız yaşayabilme, çalışabilme, kişilerarası ilişkileri sürdürebilme ve kendine bakabilme yetisi olarak tanımlanabilir. Toplumsal etkinlikler kadar, gelir ve barınacak yer sağlamak gibi kişinin varlığını sürdürebilmesi için gerekli günlük etkinlik performanslarını da içerir (62). Önemli işlevsellik alanları içinde kişilerarası ilişkiler, kendine bakım ve mesleki etkinliklere katılım sayılabilir. Bu alanlarda beklenen veya hastalanmadan önceki başarı düzeylerinden düşmeler ise "işlevsellik bozulması" olarak değerlendirilir. Psikiyatrik bozukluklarda işlevsellik bozulmasının diğer birçok kronik tıbbi hastalığa göre daha yüksek olduğu

bildirilmiştir (63). Wells ve ark. (64) 11.242 kişiyle yaptıkları bir çalışmada depresyonda meydana gelen sosyal işlevsellik kaybının koroner arter hastalarındaki kayba eşit ancak diyabet, kronik akciğer, hipertansiyon ve artrit hastalarında meydana gelen sosyal işlevsellik kaybından daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.

Depresyonun fiziksel, bilişsel ve duygusal belirti boyutları psikososyal işlevsellikte önemli ölçüde bozulmaya yol açar. Depresif belirtiler ve bozulmuş fiziksel aktivite arasındaki ilişki, depresif atakların fiziksel aktivite ile ilgili üç semptomla tanımlanması gerçeğine dayanır; gün boyunca süren neredeyse tüm aktivitelere olan ilgi veya zevk alamama hali, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, yorgunluk veya neredeyse her gün gözlenen enerji kaybıdır (10). Ayrıca depresif hastalarda görülen kişilerarası ilişkileri devam ettirmekte zorlanma (depresyondaki insanlar sinirli, kötümser ve içe kapanık olarak görülür), verimlilikte düşme (yorgunluk, kararsızlık ve odaklanma sorunu nedeniyle daha az üretken) ve güvenlik zafiyeti (depresif insanlar arasında daha fazla kaza veya yaralanma riski) gibi belirtiler bu hastaların mesleki ve sosyal yaşamlarında ciddi performans kayıplarına neden olmaktadır (65). Depresyon ve işlevsellik kaybı arasındaki ilişkinin birçok çalışmada gösterilmesiyle beraber depresyon hastalarının ayakta sağaltımında günlük yaşamlarındaki işlevsellik önem kazanmış (66) ve sağaltım sonuçlarının değerlendirilmesinde sosyal yeti kaybı üzerinde durulmaya başlanmıştır (67). Birçok çalışmada depresif belirtilerdeki düzelmeye doğrudan işlevsellikte düzelmeye yol açmayabileceği, dolayısıyla depresyon belirtilerinin ve işlevsellik kaybının birbirlerinden bağımsız olarak değerlendirilmesinin daha uygun olacağı yönünde görüşler belirtilmiştir (68). İUB tanılı 85 hastanın takip edildiği boylamsal bir çalışmada semptomatik iyileşme sağlandıktan sonra da işlevsellikteki bozulmanın devam ettiği ve bunun kalıntı depresif belirtilerle ilişkili olduğu bildirilmiştir (69). Sosyal etkileşimlerdeki işlev bozukluklarının depresif belirtiler düzeldikten üç yıl sonra bile devam ettiği (38), bu durumun işsizlik, engellilik ve azalan iş performansı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (39).

İUB ve MDB'un kişisel ve toplumsal maliyeti en çok mesleki işlevsellikte meydana gelen bozulma ile kendini göstermektedir. Hastalık nedeniyle hem istihdam dışı kalma hem de üretkenlikte düşme yapılan kesitsel topluluk çalışmalarıyla gösterilmiştir (70). 158 İUB tip-1, 133 İUB tip-2 ve 358 MDB tanılı hastanın 15 yıl boyunca takip edildiği ve yılda en az bir yarı yapılandırılmış görüşmeyle hastalığın şiddeti, tedavi ve psikososyal işlevselliğin değerlendirildiği bir izlem çalışmasında; hastalık ve remisyon dönemlerinin ortalaması alındığında, üç hasta grubunda da psikososyal işlevsellik düzeyinde hafif şiddette bozulmayı yansıtan benzer ortalama ölçek skorlarının olduğu, takip edildikleri sürenin çoğunluğunda (değerlendirilen ayların %26 ila 31'inde orta veya şiddetli bozulma dahil olmak üzere) bir dereceye kadar işlevsellikte bozulma yaşadığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada duygudurum bozukluğu olan üç hasta grubunun tamamı, takip edildikleri sürenin çoğunda (%57-65) mesleki işlevsellikte bozulma yaşamazken, değerlendirmenin önemli bir bölümünde (değerlendirilen ayların %20 ila 30'u) ciddi bir bozulma yaşadığı, gruplar arası mesleki işlevsellik alanında yapılan karşılaştırmada ise İUB tip-1 tanılı hastaların çalışmadıkları ay sayısının (%30) İUB tip-2 (%20) ve MDB (%21) hastalarına oranla anlamlı derecede daha fazla olduğu tespit edilmiştir (37).

Duygudurum bozukluklarında sosyal işlevsellik şizofreniye göre daha az bakılmıştır. Genellikle şizofreniye kıyasla daha iyi seyirli olan bir hastalık olarak kabul edilse de çalışmalar İUB hastalarında klinik remisyonda dahi işlevsellikte bozulma olduğunu göstermektedir (71). İUD'da psikososyal işlevselliğin, nörobilişsel işlevler ve klinik özelliklerden etkilendiği anlaşılmaktadır. Ayrıca premorbid nevrotik özelliklerin, premorbid işlevselliğin ve mevcut depresif belirtilerin varlığının sosyal işlevselliğin belirleyicilerinden olduğu saptanmıştır (72).

GEREÇ VE YÖNTEM

1. Olgular

Çalışma grubu, 10.05.2019 - 03.01.2020 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı poliklinikleri ve kliniğine başvurmuş kişiler arasından seçilmiştir. Bu kişiler arasından, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskı'ya (DSM-5) göre "Major Depresif Bozukluk" tanısını karşılayan 19 kişi ve "Bipolar-1 Bozukluğu, Majör Depresyon Dönemi" tanı ölçütlerini karşılayan 21 kişi ile iki çalışma grubu oluşturulmuştur. Çalışmada sağlıklı kontrol grubu oluşturulmamıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gönüllüler, araştırmacının amacı ve süreci ile ilgili sözel olarak ve yazılı materyal (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nca onaylanmış olan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Anket Araştırmaları İçin)" ile bilgilendirilerek onamları alınmıştır. Çalışma ile ilgili etik kurul onayı 07.05.2019 tarihinde 2019-8/10 karar numarası ile alınmıştır.

2. Çalışmaya Alınma Ölçütleri

Katılımcının 18-65 yaş aralığında olması, okur-yazar olması, organik beyin patolojisi ve nörolojik bir hastalığının olmaması, beyin hasarı veya travma öyküsünün olmaması, depresif atakta olması, madde kötüye kullanımının olmaması, çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve gönüllü olur formunu imzalamış olması şeklinde belirlenmiştir.

3. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri

Katılımcının okur-yazar olmaması, organik beyin patolojisi ve nörolojik bir hastalığının olması, beyin hasarı veya travma öyküsünün olması,

psikotik depresif atak olması, eşlik eden başka ruhsal hastalık olması, madde kötüye kullanımının olması, Young Mani Derecelendirme Ölçeği puanının 8'den büyük olması şeklinde belirlenmiştir.

4. Çalışma Akış Şeması

Uludağ Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ayaktan başvuran ve yatarak tedavi gören olgular arasından, yapılan psikiyatrik muayenesinde DSM-5'e göre MDB ve İUB tip-1 tanısı alanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan ve dışlama ölçütlerine uymayan hastalardan sözel ve yazılı onam alınmıştır. Aynı gün içerisinde, hastalar kesitsel olarak bir kez değerlendirilerek ölçekler uygulanmıştır.

5. Uygulanan Form ve Ölçekler

Çalışmaya alınan tüm katılımcıların psikiyatrik muayenesinin ardından, Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği (HAM-D) (Ek-1), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) (Ek-2) ve İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği (İGD) (Ek-3) çalışmayı yürüten kişi tarafından katılımcılara uygulanmıştır. Ardından tüm katılımcılardan bu çalışma için oluşturulmuş olan Sosyodemografik Ve Klinik Özelliklerle İlgili Veri Toplama Formu (Ek-4) ve Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) (Ek-5) doldurularak alınmıştır.

5. a. Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) (Ek-1)

Hamilton (73) tarafından geliştirilen Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) en yaygın depresyon değerlendirme ölçeğidir. Klinisyen tarafından yarı yapılandırılmış görüşme sırasında doldurulur. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik belirtiler, üreme organları ile ilgili belirtiler, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. Her bir maddenin puanı toplanarak toplam puana ulaşılır. 0-7puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu,

16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir (74). En yüksek 53 puan alınır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve ark. (75) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin 17 maddelik versiyonu kullanılmıştır.

5. b. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) (Ek-2)

Manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak 1978 yılında Young ve ark. (76) tarafından geliştirilen, görüşmeci tarafından uygulanan, her biri 5 şiddet derecesi ölçen ve toplam 11 maddeden oluşan bir ölçektir. 11 maddenin yedisi beşli likert tipinde, diğer dördü dokuzlu likert tipinde hesaplanır. 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, iç görü gibi manik semptomlar değerlendirilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve ark. (77) tarafından yapılmıştır.

5. c. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (Ek-3)

Tek bir ölçü kullanarak, genel çerçevesiyle kişilerin klinik gidişini izlemeye yardımcı bir ölçektir. Kişinin psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliğini değerlendiren bir ölçüm aracıdır. Fiziksel veya çevresel kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmaları ayrı ayrı değerlendirilememektedir. Yapılan değerlendirmede klinisyen tarafından (1-100) arasında bir puan verilir. Alınan yüksek puanlar işlevselliğin yüksek olduğuna işaret eder (78).

5. d. Sosyodemografik Ve Klinik Özelliklerle İlgili Veri Toplama Formu (Ek-4)

Çalışmanın araştırmacıları tarafından katılımcıların çalışmaya dahil edilme ve dışlanma ölçütlerine uygunluğunu belirlemek, sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla oluşturulmuştur. Formda bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, medeni durumu, mesleği, sosyoekonomik durumu, ilk hastalık yaşı, geçirilen manik atak sayısı, geçirilen depresif atak sayısı, geçirilen toplam atak sayısı, hastalık süresi, hastanede yatış sayısı, özkıyım öyküsü, alkol madde kullanım öyküsü, ailede ruhsal hastalık öyküsü ve kullanılan ilaçlar gibi maddelere yer verilmiştir.

5. e. Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) (Ek-5)

Sosyal işlevselliği ölçmeye özgü bir kendini değerlendirme ölçeği olan SUKDÖ, Bosc ve ark. (79) tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. 21 maddeli bir kendini değerlendirme ölçeğidir ve sosyal işlevselliğin dört ana alanı (iş, boş vakit, aile ve çevreyi düzene koyma ve onunla baş etme yeteneği) sorgulanmaktadır. 21 maddeden oluşan ölçeğin, 1. ve 2. maddelerinden biri meslek durumuna göre doldurulur ve her kişi 0–3 puan aralığında değerlendirilen 20 maddeye cevap verir. Her bir maddenin puanı toplanarak toplam değere ulaşılır. Ölçeğin puan aralığı 0–60 arasındadır. Kişinin normal bir sosyal işlevselliğe sahip olması için en az 35 puan alması gerekli görülmektedir. Kişinin 25 puanın altında bir puan alması durumunda, sosyal işlevselliğinde sorun olduğu düşünülmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Akkaya ve ark. (80) tarafından 2008 yılında yapılmıştır.

6. İstatistiksel Analiz

Verilerin normal dağılıma uygunluğuna histogram ve diğer görsel yöntemler ile Kolmogorov-Smirnov ve ShapiroWilk testleri ile bakılmıştır. Normal dağılıma uyan farklı grupların ortalamalarının karşılaştırılmasında, bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t Testi) uygulanmıştır. Normal dağılıma uymayan durumlarda, Mann Whitney U testi uygulanmıştır. İki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi için yerine göre Pearson Ki-kare veya Fisher'in Kesin Testi uygulanmıştır. Gerekli durumlarda Ki-kare testi için Yates düzeltmesi yapılmıştır. HAM-D ile İGD ve SUKDÖ skorları arasındaki ilişki, Spearman Korelasyon ile incelenmiştir. Verilerin analizinde SPSS 20.0 paket programı kullanılmış, tip 1 hata düzeyi %5 olarak alınmıştır.

BULGULAR

10.05.2019 - 03.01.2020 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri klinik ve polikliniğinde takip edilen, çalışma ölçütlerini karşılayan “İki Uçlu Bozukluk-Depresif Atak” tanısı alan 21 hasta (Kadın=11, Erkek=10), “Yineleyici (Unipolar) Majör Depresif Bozukluk” tanısı alan 19 hasta (Kadın=6, Erkek=13) çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri ile bu özelliklerin karşılaştırılması Tablo-1’de gösterilmiştir.

Tablo-1: Çalışmaya alınan İUB ve MDB hastalarının sosyodemografik özellikleri

	İUB n (%)	MDB n (%)	P
Cinsiyet			
Kadın	11 (52,4)	6 (31,6)	0,18*
Erkek	10 (47,6)	13 (68,4)	
Eğitim			
Lise ve altı	15 (71,4)	14 (73,7)	0,87*
Üniversite ve üstü	6 (28,6)	5 (26,3)	
Medeni Durum			
Evli	13 (61,9)	16 (84,2)	0,22*
Evli değil	8 (38,1)	3 (15,8)	
Meslek			
Ev hanımı	6(%28,6)	3(15,8)	
İşçi	1(%4,8)	8(%42,1)	
Memur	3(%14,3)	4(%21,1)	
Emekli	6(28,6)	1(%5,3)	
Diğer (serbest, öğrenci, işsiz)	5(%23,9)	3(%15,8)	
Kimlerle yaşıyor			
Eşi ve çocuklarıyla	14(%66,7)	15(%78,9)	
Ailesiyle (anne, baba ve kardeş)	7(%33,3)	1(%5,3)	
Yalnız	0	3(%15,8)	

*: Pearson Ki-Kare testi, p: 0,05

Araştırmamıza katılan hastaların yaş ortalaması İUB grubunda 44,8±12,3 MDB grubunda 44,3±8,0 olarak saptanmıştır. Cinsiyet dağılımlarına bakıldığında İUB grubunun %52,4'ü kadın iken MDB grubunun %31,6'sı kadındır. İUB grubunda hastaların %71,4'ü lise ve altı, %28,6'sı üniversite ve üstü eğitim düzeyinde iken MDB grubunda hastaların %73,7'si lise ve altı, %26,3'ü üniversite ve üstü eğitim düzeyindedir. Medeni durumları göz önüne alındığında İUB grubunun %61,9'ü evli iken MDB grubunun %84,2'si evlidir. İUB grubunun %28'i ev hanımı, %4,8'i işçi, %14,3'ü memur, %28,6'sının emekli ve %23,9'unun çalışmadığı buna karşılık MDB grubunun %15,8'inin ev hanımı, %42,1'inin işçi, %21,1'inin memur, %5,3'ünün emekli ve %15,8'inin düzenli olarak bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Her iki hasta grubunun klinik, soygeçmiş ve ek organik hastalık özellikleri ile bunların karşılaştırılması Tablo-2'de gösterilmiştir.

Tablo-2: İUB ve MDB hastalarının hastalık özellikleri ve karşılaştırılması

	İUB n (%)	MDB n (%)	P
Psikiyatri Kliniği Yatış Öyküsü			
Var	17 (%81,0)	15 (%78,9)	1,00*
Yok	4 (%19,0)	4 (%21,1)	
EKT Öyküsü			
Var	8 (%38,1)	3 (%15,8)	0,22**
Yok	13 (%61,9)	16 (%84,2)	
Ailede ruhsal hastalık varlığı			
Var	15 (%71,4)	5 (%26,3)	0,01**
Yok	6 (%28,6)	14 (%73,7)	
Özkıyım Girişimi			
Var	7 (%33,3)	14 (%73,7)	0,02**
Yok	14 (%66,7)	5 (%26,3)	
Ek organik Hastalık Varlığı			
Var	7 (%33,3)	8 (%42,1)	0,80**
Yok	14 (%66,7)	11 (%57,9)	

*: Fisher'in Kesin testi, p= 0,05 **: PearsonKi-Kare testi, p= 0,05

İUB grubunda hastaların %81'inin yatış öyküsü bulunurken MDB grubunda %78'dir (p=1,00). EKT öyküsü varlığı, İUB grubunda %38,1 iken MDB grubunda %15,8 bulunmuştur (p=0,22). Ek organik hastalık tanısı İUB grubunda %33,3 bulunurken MDB grubunda %42,1'dir (p=0,80). EKT öyküsü, ek organik hastalık tanısı ve yatış öyküsü açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

İUB grubunda hastaların %71,4'ünün birinci ve ikinci derece akrabalarında ruhsal hastalık tanısı bulunurken MDB grubunda bu oran %26,3 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,01). Özkıyım girişimi öyküsü MDB grubundaki hastaların %73,7'sinde bulunurken, İUB grubunda ise %33,3 bulunmuştur. MDB grubunda daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,02). Hastaların klinik seyir özellikleri, ölçek puanları ile bunların karşılaştırılması Tablo-3'te gösterilmiştir.

Tablo-3:İUB ve MDB hastalarının klinik seyir özellikleri ve ölçek puanları

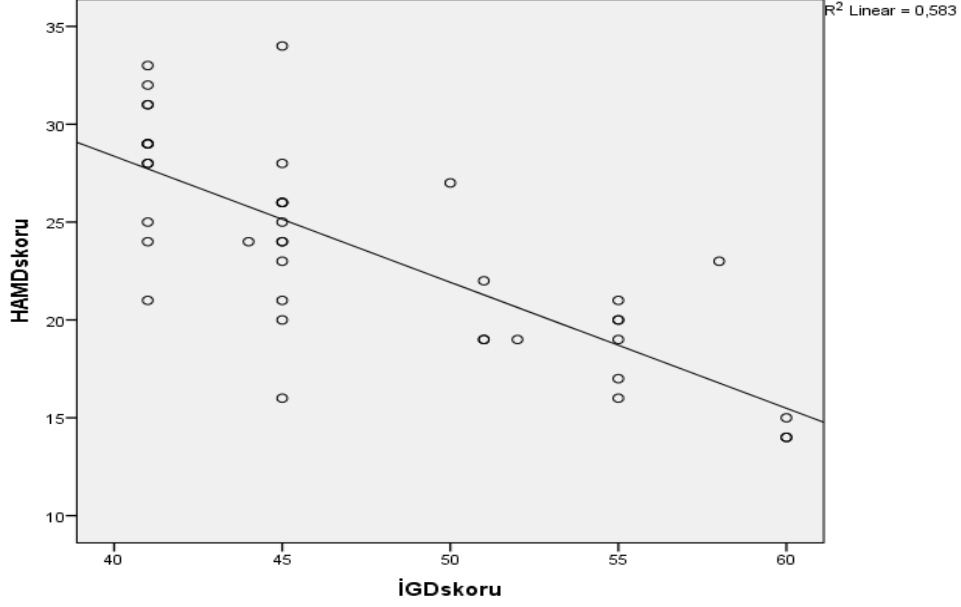
	İUB (Ort±ss)	MDB (Ort±ss)	P
Yaş	44,8±12,3	44,3±8,0	0,89*
Hastalık Başlangıç Yaşı	23,1±7,0	33,9±9,7	<0,01*
Toplam Depresif Atak Sayısı	10,5±8,4	2,1±1,7	<0,01**
HAM-D	21,9±5,7	25,3±4,4	0,04*
İGD	48,0±7,3	46,8±5,1	0,54*
SUKDÖ	19,2±7,9	17,1±7,6	0,39*

*: Bağımsız gruplarda Student t testi, p= 0,05 **: Mann Whitney U testi, p= 0,05

HAM- D: Hamilton depresyon ölçeği, **SUKDÖ:** Sosyal uyum ve kendini değerlendirme ölçeği, **İGD:** İşlevselliğin genel değerlendirilmesi ölçeği

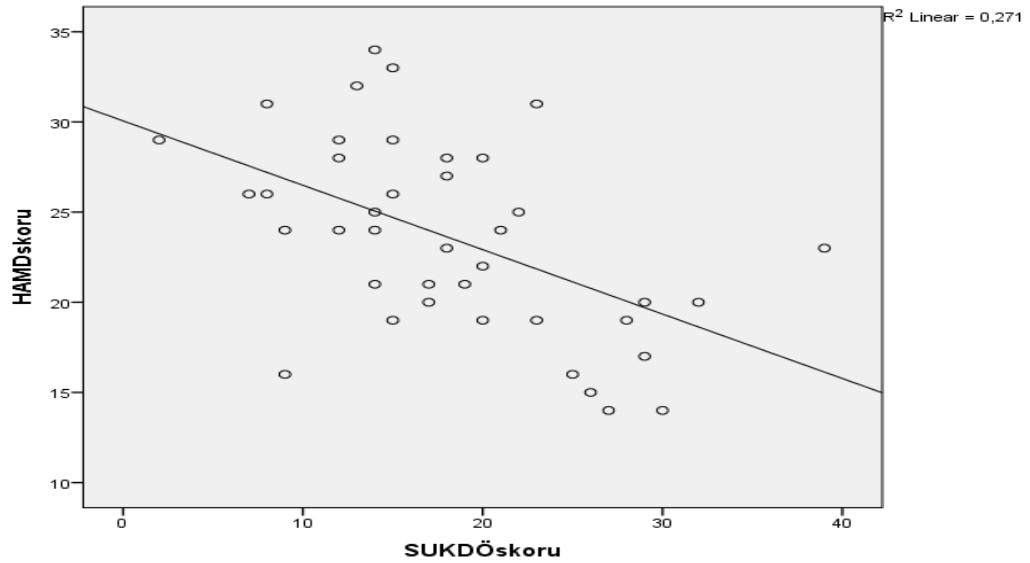
Hastalık başlangıç yaşı İUB grubunda (23,1±7,0) MDB grubuna (33,9±9,7) göre daha düşük bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,01). Geçirilen toplam depresif atak sayısı İUB grubunda (10,5±8,4) MDB grubuna (2,1±1,7) göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,01). HAM-D ölçek puanları MDB grubunda (25,3±4,4) İUB grubuna(21,9±5,7) göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki

fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,04$). İGD ölçek puanları İUB grubunda $48,0\pm 7,3$, MDB grubunda $46,8\pm 5,1$ iken; SUKDÖ puanları İUB grubunda $19,2\pm 7,9$, MDB grubunda $17,1\pm 7,6$ saptanmıştır. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Şekil-1 ve Şekil-2 de HAM-D skorlarının İGD ve SUKDÖ puanlarıyla olan ilişkisi gösterilmiştir.



Şekil-1: HAM-D skoru ile İGD skoru arasındaki ilişki

HAM-D skoru ile İGD skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ters yönlü korelasyon saptanmıştır ($r= -0,778$, $p<0,01$).



Şekil-2: HAM-D skoru ile SUKDÖ skoru arasındaki ilişki

HAM-D skoru ile SUKDÖ skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ters yönlü korelasyon saptanmıştır ($r = -0,556$, $p < 0,01$).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Klinik, fenomenolojik ve görüntüleme çalışmaları açısından MD ve İUD arasındaki ayrımla ilgili artan kanıtlar olmasına rağmen (81), sadece az sayıdaki araştırma bu iki bozukluğun psikososyal işlevsellik üzerindeki etkilerini karşılaştırma eğiliminde olmuştur. Çalışmamızda depresyonun şiddetiyle işlevsellik arasındaki ilişkiyi araştırdık ve her iki hastalığın işlevsellik düzeyine olan etkilerini karşılaştırdık.

Çalışmamızda MDB ve İUB grubu arasında ortalama yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleki dağılım açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Elde edilen bu veriler hedef değişkenlerin daha iyi değerlendirilebilmesi açısından istenen bir sonuçtur.

İUB grubunda hastalık başlangıç yaşı MDB grubuna göre daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Araştırmamızın bu sonucu literatür verileriyle uyumludur. Yapılan pek çok çalışmada İUB'ta erken başlangıç yaşı saptanmıştır (51, 82, 83). Bu nedenle, ilk atak depresyonun 20'li yaşlarda olması klinisyen için İUB lehine bir yordayıcı olabilir. Araştırmamızda İUB grubunun depresif atak sayısı MDB grubundan istatistiksel olarak anlamlı ve dahayüksek saptanmıştır. Bu sonuç daha önce yapılan çalışmaların verileriyle uyumludur (84, 85).

Daha önce yapılmış olan çalışmalardan elde edilen verilerden farklı olarak bizim çalışmamızda MDB grubunda İUB grubuna göre özkıyım girişimi öyküsü varlığı anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Literatürde, yaşam boyu intihar girişimini İUB'ta (%26), MDB'a (%14) göre daha yüksek bildiren çalışmalar olduğu gibi (55), benzer olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (86).

Araştırmamızda İUB grubunda MDB grubuna göre birinci ve ikinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık bulunma oranı istatistiksel olarak daha fazla bulunmuştur. Bu bulgu yapılan birçok çalışmanın verileriyle uyumludur. Her ne kadar MDB'ta genetik geçişe işaret eden bulgular olsa da, veriler İUB için çok daha net ve yüksek orandadır (87, 88).

Çalışmamızda MDB grubunun ortalama HAM-D skorları İUB grubuna göre daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak MDB grubu için elde edilen İGD ve SUKDÖ skorları İUB grubunda elde edilen İGD ve SUKDÖ skorlarına göre daha düşük olsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgular, İUB'un MDB'a göre ölçeklerle değerlendirilen işlevsellik alanlarında daha fazla olumsuz etkiye sahip olduğu şeklinde yorumlanabilir. Araştırmamızda elde edilen İGD ve SUKDÖ skorları her iki hasta grubunun sosyal, psikolojik ve mesleki işlevsellikte ciddi bozulma yaşadıklarını göstermektedir. Bu anlamda çalışmamızda elde ettiğimiz İGD ve SUKDÖ skorlarıyla HAM-D puanları arasındaki anlamlı ters yönlü korelasyon bu veriyi desteklemektedir.

Önceki çalışmalar depresyon şiddeti ile iş performansı (89, 90) ve aile içi geleneksel rollere bağlı işlevler arasında doğrudan ilişki olduğunu göstermiştir (64). İUB'ta depresif semptomatoloji ile daha az mesleki işlevsellik arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (91). Ayrıca manik veya hipomanik ataklardan ziyade depresif atakların kötü iş performansı ile ilişkili olduğu, en son yaşanan depresif ataktaki belirtilerin sayısı ve şiddetinin işsizliği öngörmeye ilişkili olduğu bildirilmiştir (92). Nezek ve ark. (93) yaptığı bir çalışmada ise depresyondaki hastaların normal deneklerle karşılaştırıldığında, etkileşimlerinden daha az zevk aldıkları, ilişkilerini daha az samimi buldukları ve etkileşimleri üzerinde daha az etki hissettikleri saptanmıştır. Yapılan başka çalışmalarda kutupsallık farkı olmaksızın depresif hastaların normal gruplarla kıyaslandığında depresyonun şiddetiyle orantılı bir şekilde geleneksel aile rollerini üstlenmekte ve kişilerarası ilişkileri sürdürmekte zorlandıkları bildirilmiştir (94-96). Strine ve ark. (97) tarafından yapılan başka bir çalışmada depresyon ile yaşam kalitesi, yetersiz sosyal ve duygusal destek, yaşamdan memnuniyetsizlik ve engellilik arasında güçlü bir ilişki olduğu vurgulanmıştır.

Judd ve ark. (37) yaptığı, 291 İUB ve 358 MDB tanılı hastanın 15 yıllık izlem verilerinin değerlendirildiği bir çalışmada, hastalık ve remisyon dönemlerinin ortalaması alındığında iki hasta grubunda da psikososyal işlevsellik düzeyinde hafif şiddette bozulmayı yansıtan benzer ortalama ölçek

skorlarının olduğu, mesleki işlevsellik açısından yapılan karşılaştırmada ise İUB grubunun MDB grubuna göre anlamlı olarak daha fazla etkilendiği bildirilmiştir. Bu çalışma, bu alanda yapılan nadir boylamsal araştırmalardan biridir.

Önceki çalışmalar, bilişsel bozukluğun İUB'ta psikososyal işlevsellikteki bozulmanın en güçlü yordayıcısı olduğunu (98), sosyal ve mesleki uyumda önemli kısıtlılıklara neden olduğunu göstermektedir (99). Bu nedenle, İUD'da MD'dan daha şiddetli olduğu gösterilen bilişsel işlev bozuklukları (100), İUD'da daha şiddetli olduğu gözlenen işlevsellik bozulmasının olası bir nedenidir.

Gitlin ve ark. (69) tam remisyonda olan İUB (n=55) hastaları ile semptomatik açıdan remisyonda olmasına rağmen hastalık öncesi işlevselliğine dönemeyen İUB (n=33) hastalarını boylamsal olarak karşılaştırdıkları bir çalışmada eşik altı depresif belirti varlığıyla psikososyal işlevsellikteki bozulma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada eşik altı depresif belirti varlığının premorbid işlevselliğe dönmede 9 aylık bir gecikmeyle ilişkili olduğu saptanmıştır.

Godard ve ark. (101) yaptığı, depresif atakta iken takibe alınıp bir yıl boyunca düzenli aralıklarla izlenen MDB (n=13) ve İUB (n=11) hastalarının değerlendirildiği boylamsal bir çalışmada depresif atak sırasında her iki grubun da hem bilişsel fonksiyonlar hem de psikososyal işlevsellik açısından benzer düzeyde bozulmalar yaşadıkları, takipler sırasında depresyon şiddetinin azalmasıyla orantılı olarak işlevsellikte bir miktar düzelme gözlendiği, tedaviden bir yıl sonra bile hastaların %75'inin mesleki alanda ve kişiler arası ilişkilerde önemli ölçüde kayıplar yaşadıkları, daha önce yapılan başka çalışmalarla (102) uyumlu olarak eşik altı belirti varlığında hatta remiyon durumunda bile psikososyal işlevsellikteki bozulmanın devam ettiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada bir yılın sonunda her iki alandaki yetersizliklerin hastaların günlük yaşamını olumsuz etkilemeye devam ettiği bildirilmiştir. Bizim çalışmamızın kesitsel olması, ileriye yönelik hem eşik altı belirti takibi hem de bunun işlevselliğe olan etkisi konusunda yorum yapmayı olanaklı kılmamaktadır.

Mehta ve ark. (10) yaptığı ve bizim çalışmamızla benzer sonuçların elde edildiği kesitsel çalışmada 48 İUB ve 48 MDB tanılı hastanın depresif atak sırasındaki psikososyal işlevselliğin iş, kişiler arası ilişkiler, yaratıcılık, yaşam memnuniyeti altbaşlıkları ile toplam ölçek skorları karşılaştırılmıştır. İşlevsellik alanlarında elde edilen skorlar İUB grubunda yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ancak toplam ölçek skorları İUB grubunda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca hastalık başlangıç yaşı ve geçirilmiş atak sayısı ile işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sonuç kısmında yazarlar, depresyon durumunda belirli işlevsellik alanları ayrı ayrı değerlendirildiğinde kutupsallık farkının olmadığını ancak bir bütün olarak değerlendirildiğinde İUD'un işlevsellik üzerindeki olumsuz etkisinin daha belirgin olduğunu ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamızda da İUB grubundaki depresyonun şiddeti MDB grubuna göre anlamlı derecede daha az olmasına rağmen psikososyal işlevselliğe olan olumsuz etkisi benzer bulunmuştur.

Sonuç olarak çalışmamızda kutupsallık farkı olmaksızın her iki hasta grubunda psikososyal işlevsellik alanlarının ciddi oranda olumsuz etkilendiğini, depresyon şiddetiyle 'işlevsellikte bozulma' arasında anlamlı ilişki olduğunu, iki grup birbiriyle kıyaslandığında İUB grubunun daha düşük depresyon şiddetine rağmen psikososyal işlevselliğe olan olumsuz etkisinin MDB grubuyla benzer düzeyde olduğunu gösterdik. Ancak, sonuçlar çalışmanın bazı kısıtlılıkları göz önünde bulundurularak yorumlanmalıdır. Toplam hastalık süresi, hastalığın başlangıç yaşı ve toplam atak sayısı gibi klinik özellikler ile işlevsellik arasındaki ilişkiye örneklem grubunun az olmasından dolayı bakılamadı. Ayrıca küçük örneklem grubu özkıyım girişimi oranlarının genel literatür ile uyumlu olmamasının nedeni olabilir. Uygulanan ölçeklerin işlevsellik alanlarını ayrı ayrı değerlendirecek özellikte olmaması nedeniyle detaylı karşılaştırmalar yapılamadı. Hastalarımızdaki mevcut komorbid eksen-1 psikiyatrik bozuklukları ekarte edilse de, eşikaltı anksiyete belirtileri kafa karıştırıcı bir faktör olabilir.

Psikososyal işlevselliğin her bir bozukluğun seyrine göre nasıl değiştiğini gözlemlemek için daha büyük örneklem gruplarına ve boylamsal

Çalışma tasarımı ile daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca, işlevsellik ve depresyon arasındaki neden sonuç ilişkisini analiz etmek de ilgi çekici olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003.
2. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry* 2016; 3(2): 171-178.
3. Judd LL, Akiskal HS. Delineating the longitudinal structure of depressive illness: beyond clinical subtypes and duration thresholds. *Pharmacopsychiatry* 2000; 33(01): 3-7.
4. Holma KM, Holma IA, Melartin TK, Rytsälä HJ, Isometsä ET. Long-term outcome of major depressive disorder in psychiatric patients is variable. *The Journal of clinical psychiatry* 2008; 69(2): 196-205.
5. Keller MB. Improving the course of illness and promoting continuation of treatment of bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry* 2004; 65: 10-14.
6. Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and anxiety* 1998; 7(1): 3-14.
7. Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job performance deficits due to depression. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163(9): 1569-1576.
8. Reddy MS. Depression: the disorder and the burden. *Indian journal of psychological medicine* 2010; 32(1): 1.
9. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. World Health Organization 2008
10. Mehta S, Mittal PK, Swami MK. Psychosocial functioning in depressive patients: a comparative study between major depressive disorder and bipolar affective disorder. *Depression research and treatment* 2014; 2014.
11. Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Rodriguez E. Treating depressed primary care patients improves their physical, mental, and social functioning. *Archives of Internal Medicine* 1997; 157(10): 1113-1120.
12. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Köroğlu E(eds). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.

13. Wong MY. The mood-emotion loop. *Philosophical Studies* 2016; 173(11): 3061-3080.
14. Mason BL, Brown ES, Croarkin PE. Historical underpinnings of bipolar disorder diagnostic criteria. *Behavioral Sciences* 2016; 6(3): 14.
15. Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume:II; Eighth Edition*, Lippincott Williams & Wilkins. İstanbul: Güneş Kitabevi; 2007.
16. Merikangas KR, Jin R, He JP et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry* 2011; 68(3): 241-251.
17. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of general ps* 2007; 64(5): 543-552
18. Vieta E, Berk M, Schulze TG et al. Bipolar disorders. *Nature Reviews Disease Primers* 2018; 4(1): 1-16.
19. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Aydın H, Bozkurt A (Çevirenler) 8. Baskı. Ankara: Öncü Basımevi; 2007
20. Kupka RW, Altshuler LL, Nolen WA et al. Three times more days depressed than manic or hypomanic in both bipolar I and bipolar II disorder. *Bipolar disorders* 2007; 9(5): 531-535.
21. Bryant-Comstock L, Stender M, Devercelli G. Health care utilization and costs among privately insured patients with bipolar I disorder. *Bipolar Disorders* 2002; 4(6): 398-405.
22. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry* 2005; 62(6): 59.
23. Rosa AR, Reinares M, Michalak EE et al. Functional impairment and disability across mood states in bipolar disorder. *Value in health* 2010; 13(8): 984-988.
24. Bonnín CM, Martínez-Arán A, Torrent C et al. Clinical and neurocognitive predictors of functional outcome in bipolar euthymic patients: a long-term, follow-up study. *Journal of affective disorders* 2010; 121(1-2): 156-160
25. Simon GE, Ludman EJ, Unützer J, Operskalski BH, Bauer MS. Severity of mood symptoms and work productivity in people treated for bipolar disorder. *Bipolar disorders* 2008; 10(6): 718-725.

26. Gilbert E, Marwaha S. Predictors of employment in bipolar disorder: a systematic review. *Journal of affective disorders* 2013; 145(2): 156-164.
27. Barnett JH, Smoller JW. The genetics of bipolar disorder. *Neuroscience* 2009; 164(1): 331-343.
28. Kaplan Sadock Klinik Psikiyatri El Kitabı. 4. Baskı. İstanbul: Güneş kitabevi; 2009.
29. Duman RS, Monteggia LM. A neurotrophic model for stress-related mood disorders. *Biological psychiatry* 2006; 59(12): 1116-1127.
30. Manji HK, Moore GJ, Rajkowska G, Chen G. Neuroplasticity and cellular resilience in mood disorders. *Molecular psychiatry* 2000; 5(6):578-593.
31. Strakowski SM, Delbello MP, Adler CM. The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a review of neuroimaging findings. *Molecular psychiatry* 2005; 10(1), 105-116.
32. Öztürk MO, Uluşahin A. Duygudurum Bozuklukları. Gözden Geçirilmiş ve Yenilenmiş 13.Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015. 261-326.
33. Who. 2018. Depression [Online]. World Health Organization. Available: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Accessed 10.01. 2020.
34. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1. Baskı. Ankara; 1998.
35. Angst J. Epidemiology of depression. *Psychopharmacology* 1992; 106(1): 71-74.
36. Lépine JP, Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2011; 7(1): 3-7.
37. Judd LL, Schettler PJ, Solomon DA et al. Psychosocial disability and work role function compared across the long-term course of bipolar I, bipolar II and unipolar major depressive disorders. *Journal of affective disorders* 2008; 108(1-2): 49-58.
38. Rhebergen D, Beekman AT, de Graaf R et al. Trajectories of recovery of social and physical functioning in major depression, dysthymic disorder and double depression: a 3-year follow-up. *Journal of affective disorders* 2010; 124(1-2): 148-156.

39. Rizvi SJ, Cyriac A, Grima E et al. Depression and employment status in primary and tertiary care settings. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2015; 60(1): 14-22.
40. Evans VC, Iverson GL, Yatham LN, Lam RW. The relationship between neurocognitive and psychosocial functioning in major depressive disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2014; 75(12): 1359-70.
41. Weightman MJ, Air TM, Baun BT. A review of the role of social cognition in major depressive disorder. *Frontiers in Psychiatry* 2014; 5: 179.
42. Vos T, Barber RM, Bell B et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries. 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 386:743–800.
43. Kessler RC, Akiskal HS, Ames M et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of US workers. *American journal of psychiatry* 2006; 163(9): 1561-1568.
44. Greenberg PE, Fournier AA, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *The Journal of clinical psychiatry* 2015; 76(2): 155-162.
45. Yazıcı O, Oral ET, Vahip S. Depresyon Sağaltım Kılavuzu Kaynak Kitabı. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları* 2008. 71-99.
46. Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. *The Lancet*, 2006; 367(9505): 153-167.
47. Stahl SM (eds). *Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Application*. 2nd edition. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
48. Alexander N, Kuepper Y, Schmitz A, Osinsky R, Kozyra E, Hennig J. Gene–environment interactions predict cortisol responses after acute stress: implications for the etiology of depression. *Psychoneuroendocrinology* 2009; 34(9): 1294-1303.
49. Kupferberg A, Bicks L, Hasler G. Social functioning in major depressive disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2016; 69: 313-332.

50. Tomruk N, Saatçioğlu Ö, Erim R. Bipolar I bozukluk ve antidepresana bağlı mani/hipomani klinik özelliklerinin karşılaştırılması. *Düşünen Adam-Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010; 23: 85-91.
51. Manning JS, Ahmed S, McGuire HC, Hay DP. Mood disorders in family practice: Beyond unipolarity to bipolarity. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry* 2002; 4(4): 142.
52. Akiskal HS. Mood disorders: historical introduction and conceptual overview. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI (eds). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th ed. Philadelphia: 2005. 1563-1565.
53. Goodwin FK, Jamison KR (eds). *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression*. Oxford University Press; 2007
54. Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatric Services* 2001; 52(1): 51-55.
55. Mitchell PB, Malhi GS. Bipolar depression: phenomenological overview and clinical characteristics. *Bipolar Disorders* 2004; 6(6): 530-539.
56. Freeman MP, Keck Jr PE, Mcelroy SL. Postpartum depression with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158(4): 652-652.
57. Mitchell PB, Wilhelm K, Parker G, Austin MP, Rutgers P, Malhi GS. The clinical features of bipolar depression: a comparison with matched major depressive disorder patients. *The Journal of clinical psychiatry* 2001; 62(3): 212-216.
58. Janowsky D, Morte S, Hong L, Howe L. Myers Briggs Type Indicator and Tridimensional Personality Questionnaire differences between bipolar patients and unipolar depressed patients. *Bipolar Disorders* 1999; 1(2): 98-108.
59. Ghaemi SN, Rosenquist KJ, Ko JY, Baldassano CF, Kontos NJ, Baldessarini RJ. Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression. *American Journal of Psychiatry*, 2004; 161(1): 163-165.
60. Forty L, Smith D, Jones L et al. Clinical differences between bipolar and unipolar depression. *The British Journal of Psychiatry* 2008; 192(5): 388-389.
61. Bowling A. Current state of the art in quality of life measurement. *Quality of life* 2003; 2003: 1-8.
62. Harvey PD, Bellack AS. Toward a terminology for functional recovery in schizophrenia: is functional remission a viable concept?. *Schizophrenia bulletin* 2009; 35(2): 300-306.

63. Sherbourne CD, Wells KB, Meredith LS, Jackson CA, Camp P. Comorbid anxiety disorder and the functioning and well-being of chronically ill patients of general medical providers. *Archives of General Psychiatry* 1996; 53(10): 889-895.
64. Wells KB, Stewart A, Hays RD et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *Jama* 1989; 262(7): 914-919.
65. Harder HG, Wagner S, Rash J. *Mental illness in the workplace: Psychological disability management*. Routledge, 2016.
66. Keller M. Role of serotonin and noradrenaline in social dysfunction: a review of data on reboxetine and the Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS). *General hospital psychiatry* 2001; 23(1): 15-19.
67. Kasper S. From symptoms to social functioning: differential effects of antidepressant therapy. *International clinical psychopharmacology* 1999; 14: 27-31.
68. Akkaya C, Sivrioğlu EY, Sarandöl A. Majör Depresif Bozuklukta Sertralin ve Reboksetinin Sosyal İşlev Kaybı Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması: Randomize Açık Etiketli Bir Çalışma. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2006; 19(1): 5-13.
69. Gitlin MJ, Mintz J, Sokolski K, Hammen C, Altshuler LL. Subsyndromal depressive symptoms after symptomatic recovery from mania are associated with delayed functional recovery. *The Journal of clinical psychiatry* 2011; 72(5): 692-697
70. Zwerling C, Whitten PS, Sprince NL et al. Workforce participation by persons with disabilities: the National Health Interview Survey Disability supplement, 1994 to 1995. *Journal of occupational and environmental medicine* 2002; 44(4): 358-364
71. Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabarés-Seisdedos R et al. Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychotherapy and psychosomatics* 2009; 78(5): 285-297.
72. Simonsen C, Sundet K, Vaskinn A et al. Psychosocial function in schizophrenia and bipolar disorder: Relationship to neurocognition and clinical symptoms. *Journal of the international neuropsychological society* 2010; 16(5): 771-83.
73. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 1960; 23(1): 56.
74. Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of general psychiatry* 1988; 45(8): 742-747.

75. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4(4): 251-259.
76. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British journal of psychiatry* 1978; 133(5): 429-435.
77. Karadağ F, Oral T, Yalcin FA, Erten E. Reliability and validity of Turkish translation of young mania rating scale. *Türk psikiyatri dergisi= Turkish journal of psychiatry* 2002; 13(2): 107-114.
78. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Köroğlu E(eds). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1994.
79. Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology* 1997; 7(1): 57-70.
80. Akkaya C, Sarandöl A, Danaci AE, Sivrioğlu EY, Kaya E, Kirli S. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19(3).
81. de Almeida JRC, Phillips ML. Distinguishing between unipolar depression and bipolar depression: current and future clinical and neuroimaging perspectives. *Biological psychiatry* 2013; 73(2): 111-118.
82. Ateşçi FÇ, Karadağ F, Özdel O, Oğuzhanoğlu NK. Bipolar ve yineleyici major depresif bozuklukların klinik özellikleri: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Türkiye'de Psikiyatri* 2001; 3(2): 95-102.
83. Szadoczky E, Papp ZS, Vitrai J, Rihmer Z, Füredi J. The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary: results from a national epidemiologic survey. *Journal of affective disorders* 1998; 50(2-3): 153-162.
84. Thase ME, Sachs GS. Bipolar depression: pharmacotherapy and related therapeutic strategies. *Biological psychiatry* 2000; 48(6): 558-572.
85. Himmelhoch JM. Social anxiety, hypomania and the bipolar spectrum: data, theory and clinical issues. *Journal of affective disorders* 1998; 50(2-3): 203-213.
86. Bottlender R, Jäger M, Strauss A, Möller HJ. Suicidality in bipolar compared to unipolar depressed inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2000; 250(5): 257-261.

87. Perlis RH, Brown E, Baker RW, Nierenberg AA. Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163(2): 225-231.
88. Smoller JW, Finn CT. Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. In: *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*. Hoboken: Wiley Subscription Services, Inc. A Wiley Company; 2003. 48-58.
89. McKnight, P. E., & Kashdan, T. B. (2009). The importance of functional impairment to mental health outcomes: a case for reassessing our goals in depression treatment research. *Clinical psychology review*, 29(3), 243-259.
90. Zimmerman M, McGlinchey JB, Posternak MA et al. Remission in depressed outpatients: more than just symptom resolution?. *Journal of Psychiatric Research* 2008; 42(10): 797-801.
91. Dickerson FB, Boronow JJ, Stallings CR et al. Association between cognitive functioning and employment status of persons with bipolar disorder. *Psychiatric Services* 2004; 55(1): 54-58.
92. Hammen C, Gitlin M, Altshuler L. Predictors of work adjustment in bipolar I patients: a naturalistic longitudinal follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68(2): 220.
93. Nezelek JB, Hampton CP, Shean GD. Clinical depression and day-to-day social interaction in a community sample. *Journal of abnormal psychology* 2000; 109(1): 11.
94. Marangell LB, Dennehy EB, Miyahara S et al. The functional impact of subsyndromal depressive symptoms in bipolar disorder: data from STEP-BD. *Journal of affective disorders* 2009; 114(1-3): 58-67.
95. De Lisio G, Maremmanni I, Perugi G et al. Impairment of work and leisure in depressed outpatients: A preliminary communication. *Journal of Affective Disorders* 1986; 10(2): 79-84.
96. Altshuler LL, Post RM, Black DO et al. Subsyndromal depressive symptoms are associated with functional impairment in patients with bipolar disorder: results of a large, multisite study. *The journal of clinical psychiatry* 2006; 67(10): 1551-1560.
97. Strine TW, Kroenke K, Dhingra S et al. The associations between depression, health-related quality of life, social support, life satisfaction, and disability in community-dwelling US adult. *The journal of nervous and mental disease* 2009; 197(1): 61-64.

98. Martinez-Aran A, Vieta E, Torrent C et al. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar disorders* 2007; 9(1-2): 103-113.
99. Burdick KE, Goldberg JF, Harrow M. Neurocognitive dysfunction and psychosocial outcome in patients with bipolar I disorder at 15-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2010; 122(6): 499-506.
100. Mansell W, Colom F, Scott J. The nature and treatment of depression in bipolar disorder: a review and implications for future psychological investigation. *Clinical Psychology Review* 2005; 25(8): 1076-1100.
101. Godard J, Baruch P, Grondin S, Lafleur MF. Psychosocial and neurocognitive functioning in unipolar and bipolar depression: a 12-month prospective study. *Psychiatry Research* 2012; 196(1): 145-153.
102. Kennedy N, Foy K, Sherazi R, McDonough M, McKeon P. Long-term social functioning after depression treated by psychiatrists: a review. *Bipolar Disorders* 2007; 9(1-2): 25-37.

EKLER

Ek-1. Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim: _____ Tarih: _____

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

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

2) Suçluluk duyguları

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

3) İntihar

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

4) Uykuya dalamamak

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

5) Geceyarısı uyanmak

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

6) Sabah erken uyanmak

0- Herhangi bir sorunu yok.
1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

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

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

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

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Tarih : 07.05.2019
Karar No : 2013-8/10

9) Ajitasyon

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

10) Psikik anksiyete

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

11) Somatik anksiyete

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

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

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

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

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

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

- 0- Yok
- 1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
- 2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

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

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

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

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

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

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

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

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

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

17) Durumu hakkında görüşü

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

am HAM-D skoru:

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 07.05.2019
Karar No : 2019-8/10

Ek-2. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Young Mani Derecelendirme Ölçeği

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

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

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

2) Hareket ve enerji artışı

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

3) Cinsel ilgi

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

4) Uyku

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

5) İritabilite

0. Yok
1. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

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

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır

Tarih : 07.07.2019
Karar No : 2019-8/10

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok

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

8) Düşünce içeriği

0. Normal

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

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın

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

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım

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

11) İçgörüsü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor

1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

Üiudağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 07.05.2019
Karar No : 2019-8/10

Ek-3. İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği (İGD)

GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAS)

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma)
61-70	Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
41-50	Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törenselle davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıksız, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsanılardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).
20-11	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).
1-10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

PUAN

Global Değerlendirme Ölçeği (GAS)

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Tarih : 07.07.2019
Karar No : 219-8/10

Sayfa 1 / 1

Ek-4. Sosyodemografik Ve Klinik Özelliklerle İlgili Veri Toplama Formu

BİPOLAR DEPRESYON VE UNİPOLAR DEPRESYON HASTALIRINDA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VERİ TOPLAMA FORMU

Adı-Soyadı:

Cinsiyet:

Yaşı:

Eğitim Durumu:

- | | | |
|----------------------|----------------|----------------|
| (1) Okur-yazar değil | (2) Okur-Yazar | (3) İlkokul |
| (4) Ortaokul | (5) Lise | (6) Yüksekokul |

Medeni Durum:

- | | | |
|----------------------------|----------|---------------|
| (1) Hiç Evlenmemiş | (2) Evli | (3) Eşi Ölmüş |
| (4) Boşanmış/ Ayrı Yaşıyor | | |

Meslek:

- | | | |
|---------------|------------------|-------------|
| (1) Ev Hanımı | (2) Memur/ Asker | (3) İşçi |
| (4) Emekli | (5) İşsiz | (6) Serbest |
| (7) Çiftçi | (8) Öğrenci | |

Kimlerle Yaşıyor:

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------|----------------|
| (1) Ailesiyle(anne-baba-kardeş) | (2) Eşi-Çocukları ile | (3) Akrabaları |
| (4) Arkadaşları | (5) Yalnız | |

Hastalığın Başlangıç Yaşı:

Psikiyatri Kliniğinde Yatış Öyküsü:

EKT Öyküsü:

Geçirilen Depresif Epizod Sayısı:

Geçirilen Manik Atak Sayısı:

Kullanmakta Olduğu İlaçlar:

Ailede Duygudurum Bozukluğu Öyküsü:

Özyıkım Girişimi:

Ek Hastalık:

Lüdens University
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 07.07.2019
Karar No : 2019-8/10

Ek-5. Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ)

Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği

Aşağıdaki soruları şu anki fikrinize göre cevaplamamız gerekmektedir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız ve her soru için bir cevabı işaretleyiniz.

Bir işiniz var mı?

() Evet () Hayır

Cevabınız evet ise:

1.İşinize ilginiz nasıl?

() Çok () Orta () Az () Hiç yok

Cevabınız hayır ise:

2.Ev işlerine ilginiz nasıl?

() Çok () Orta () Az () Hiç yok

3. İşinizi ya da ev işlerini yaparken:

() Çok zevk alıyorum
() Orta düzeyde zevk alıyorum
() Az zevk alıyorum
() Hiç zevk almıyorum

4.Hobi ya da boş zaman etkinliklerine ilginiz var mı?

() Çok () Orta () Az () Hiç yok

5.Boş zamanlarınızın niteliği nasıl?

() Çok iyi
() İyi
() Fena değil
() Tatmin edici değil

6. Aile fertlerinizle (eş, çocuklar, ebeveyn vb.)ne sıklıkla temas kurmaya çalışırsınız?

() Çok sık
() Sık
() Nadiren
() Hiç

7.Aile içi ilişkilerinizin durumu nasıl?

() Çok iyi

() İyi
() Fena değil
() Tatmin edici değil

8.Allenizin dışında sosyal ilişkileriniz var mı?

() Birçok insanla var
() Birkaç insanla var
() Pek az insanla var
() Hiç kimseyle yok

9.Başkalarıyla ilişki kurmaya ne kadar gayret edersiniz?

() Çok gayret ederim
() Gayret ederim
() Orta derecede gayret ederim
() Gayret etmem

10.Başkalarıyla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

() Çok iyi
() İyi
() Fena değil
() Tatmin edici değil

11.Başkalarıyla ilişkinize ne kadar değer verirsiniz?

() Çok değer veririm
() Değer veririm
() Çok az değer veririm
() Hiç değer vermem

12.Sosyal çevrenizdeki insanlar sizinle ne sıklıkla temas kurmaya çalışırlar?

() Çok sık
() Sık
() Nadiren
() Hiç

13.Sosyal kurallara, iyi davranışlara, nezakete vb. dikkat eder misiniz?

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 09.09.2019
Karar No : 2019-8/10

- Her zaman
 Sıklıkla

14. Sosyal hayatın (cemiyet, toplantı ve benzerleri) ne ölçüde içindediniz?

- Tamamen
 Orta derecede
 Az
 Hiç

15. Çeşitli şeyleri, durumları ve insanları daha iyi anlamak için bilgi edinmekten ne kadar hoşlanırsınız?

- Çok Orta Az Hiç

16. Bilimsel, kültürel ya da teknik bilgiye ne kadar ilgi duyarsınız?

- Çok Orta Az Hiç

17. İnsanlara fikirlerinizi ifade etmekte ne sıklıkla güçlük çekersiniz?

- Her zaman
 Sıklıkla
 Bazen
 Hiçbir zaman

- Nadiren
 Hiç

18. Kendinizi çevrenizden ne sıklıkla reddedilmiş, dışlanmış hissedersiniz?

- Her zaman
 Sıklıkla
 Bazen
 Hiçbir zaman

19. Fiziksel görünümünüzü ne kadar önemzersiniz?

- Çok
 Orta
 Pek değil
 Hiç

20. Geçim kaynaklarınızı ve gelirinizi idare etmekte ne kadar zorluk çekersiniz?

- Her zaman
 Sıklıkla
 Bazen
 Hiçbir zaman

21. Çevrenizi kendi istek ve ihtiyaçlarınıza göre düzenleyebileceğinizi hisseder misiniz?

- Fazlasıyla
 Orta
 Pek değil
 Hiç

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 07.05.2019
Karar No : 2019-8/10

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Prof. Dr. Selçuk Kırılı, Prof. Dr. Aslı Sarandöl, Doç. Dr. E. Yusuf Sivrioğlu, Prof. Dr. Cengiz Akkaya ve Prof. Dr. Saygın Eker'e, rotasyonlarım süresince eğitimime katkısı bulunan öğretim üyelerine ve hekim arkadaşlarıma, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki tüm hekim arkadaşlarıma, hemşire ve personelimize, beni yetiştiren ve daima destek olan aileme ve eşime teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

1989 yılında Diyarbakır'da doğdum. İlköğrenimimi İMKB 75. Yıl Yatılı İlköğretim Bölge Okulu'nda tamamladım. Lise eğitimimi Diyarbakır Rekabet Kurumu Cumhuriyet Fen Lisesi'nde tamamladım. 2008 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenime başladım ve 2015 yılında mezun olduktan sonra 6 ay Diyarbakır 112 ASH Komuta Kontrol Merkezi'nde pratisyen hekim olarak görev yaptım. Mart 2016 tarihinde Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım. Uzmanlık eğitimim süresince Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimini tamamladım. İleri düzeyde İngilizce bilmekteyim.

