



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

ÖZKIYIM GİRİŞİMİNDE BULUNMUŞ ve BULUNMAMIŞ İKİ UÇLU  
BOZUKLUK HASTALARININ İNTİHAR DÜŞÜNCEİ, KAYGI,  
UMUTSUZLUK ve İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİ AÇISINDAN  
KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Ayşe Zeynep AKKOYUN

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2016



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

**ÖZKIYIM GİRİŞİMİNDE BULUNMUŞ ve BULUNMAMIŞ İKİ UÇLU  
BOZUKLUK HASTALARININ İNTİHAR DÜŞÜNCESİ, KAYGI,  
UMUTSUZLUK ve İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİ AÇISINDAN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. Ayşe Zeynep AKKOYUN**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Prof. Dr. Cengiz AKKAYA**

**BURSA-2016**

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İçindekiler	i
Özet	ii
Summary	iii
Giriş ve Amaç	1
Gereç ve Yöntem	35
Bulgular	40
Tartışma ve Sonuç	56
Kaynaklar	66
Ekler	81
Teşekkür	100
Özgeçmiş	101

## ÖZET

Bu çalışmanın temel amacı; iki uçlu bozukluk hastalarının ötimik dönemdeki işlevsellik, sosyal uyum, umutsuzluk, kaygı düzeyi ve özkıyım düşüncesi ile geçmişte özkıyım girişiminde bulunup bulunmaması arasında nasıl bir ilişki olduğunu belirleyebilmektir. Ayrıca hastaların özkıyım düşüncesi ile umutsuzluk, kaygı düzeyi, sosyal uyum ve psikososyal işlevsellik arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek de amaçlarımız arasındadır. Elde edilen bulgular ile özkıyım düşüncesi ve bu düşünceyle ilişkili öngörülebilir faktörlerin saptanmasına katkıda bulunabilmek hedeflenmiştir.

Çalışmaya Psikiyatri polikliniğine başvuran ve remisyon döneminde olan hastalar alınmıştır. Değerlendirmede Sosyodemografik Veri Formu (SVF), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (DKE-SKE), Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ), Kısa İşlevsellik Düzeyi Ölçeği (KİDÖ), İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ) kullanılmıştır.

Çalışmaya alınan toplam 93 hastanın 31'inin geçmişte özkıyım girişiminde bulunmuş olduğu tespit edilmiştir. Geçmişte özkıyım girişimi olan hastalarda olmayanlara göre; KİDÖ, İDÖ, BUÖ, DKE-SKE puanlarının daha yüksek, SUKDÖ puanlarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca; hem tüm hastalarda hem de geçmişte özkıyım girişimi olan hastalarda yüksek BUÖ, KİDÖ, SKE ve düşük SUKDÖ puanı ile İDÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu da görülmüştür. Benzer ilişkiye özkıyım girişimi öyküsü olmayan hastalarda rastlanmamıştır.

Sonuç bize; iki uçlu bozuklukta özkıyım davranışının umutsuzluk, özkıyım düşüncesi ve kaygı düzeyiyle ilişkili olduğunu ve özkıyım girişimi öyküsünün sosyal uyum ile psikososyal işlevselliği olumsuz yönde etkilediğini düşündürmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** özkıyım, umutsuzluk, iki uçlu bozukluk, sosyal uyum, psikososyal işlevsellik.

## **SUMMARY**

### **Comparison of Suicidal Ideation, Anxiety, Hopelessness and Psychosocial Functioning in Suicide Attempts and Non Suicide Attempts in Bipolar Patients**

The main objective of this study is how to be able to determine that is there a relationship in euthymic patients of Bipolar Disorder in order to functioning, social adaptation, hopelessness, anxiety level and suicidal ideation with comparing suicide attempts in the past. In addition, one of our goals is to be able to identify the relationship between social adaptation and psychosocial functioning of patients with suicidal ideation and anxiety level. According to the indications it is aimed to be contribute to determine suicidal ideation and the identification of predictable factors related to suicidal ideation

Participant of the study were chosen among bipolar patient in Uludağ University who are in remission. Scales for the assessment were, Sociodemographic Information Form, Young Mani Rating Scale (YMRS), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS), Beck Hopelessness Scale (BHS), Functioning Assessment Short Test (FAST), Suicidal Intent Scale (SIS) and State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

Total 93 patients enrolled the study and it is identified that 31 patients have attempted suicide in the past. After the study, it is detected that, for the patients with suicide attempts than those without; while FAST, SIS, BHS, STAI scores higher, score of SASS is lower. Additionally; there is a significant correlation between SIS points of all patients and patients with high suicide attempts in order to high FAST, BHS, STAI scores and low SASS score. However, there is not a similar correlation in the group of patients who do not have suicide attempts.

Conclusion; it is thought that, suicidal behaviour is related to the hopelessness, suicidal ideation and anxiety level and suicide attempt has a negative impact on social adaptation and psychosocial functioning in bipolar disorder.

**Keywords:** suicide, hopelessness, bipolar disorder, social adaptation, psychosocial functioning.



## GİRİŞ VE AMAÇ

Özkıyım tüm dünyada sıkça karşılaşılan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Her yıl dünyada yaklaşık bir milyon kişi özkıyım sonucu yaşamını yitirmektedir (1). Psikiyatrik bozuklukların özkıyım açısından en önemli kanıta dayalı risk faktörü olduğu düşünülmektedir (2-4). Çalışmalarda özkıyım girişiminde bulunan kişilerin %90'dan fazlasının en az bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu saptanmıştır (2-5).

Özkıyım davranışı için en riskli psikiyatrik hastalık duygudurum bozukluklarıdır (6-9). Yaşam boyu özkıyım ile ölen bireylerde ruhsal bozukluk görülme oranları; iki uçlu bozukluk için %20, tek uçlu bozukluk için %15, şizofreni için %10, ikinci eksen tanıları için %5-10 arasında olduğu saptanmıştır (10-14). Duygudurum bozukluğu tanısı, tamamlanmamış özkıyım girişimi riskini de artırmaktadır (15).

Özkıyım davranışı birçok değişkenden etkilenmektedir. Altta yatan bazı faktörlerin özkıyım davranışına yatkinlıkla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Özkıyım tam anlamıyla öngörülebilir bir durum değildir. Ancak; özkıyım davranışından önce özkıyım düşüncesinin anlaşılması; özkıyım girişimini önleyebilmek için bir fırsat olabilir. Bu sebeple aynı hastalığa sahip özkıyım davranışında bulunmuş ve bulunmamış hasta grupları arasındaki farkların tespit edilmesinin; özkıyım davranışı için risk faktörlerinin saptamasına ve olası girişiminin önlenmesine yardımcı olacağı açıktır. Son dönemlerde özkıyım açısından risk faktörlerinin tanımlanması ile özkıyımı önleme programlarına daha fazla önem verilmeye başlanmıştır (16). Ancak özkıyım davranışının aydınlatılabilmesi için yapılan çalışmalar hâlâ çok kısıtlı olup bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada ötimik dönemde olan iki uçlu bozukluk hastalarının özkıyım girişiminde bulunup bulunmamasının; kaygı düzeyi, umutsuzluk, özkıyım düşüncesi, sosyal uyum ve psikososyal işlevsellik açısından nasıl bir farklılık oluşturduğu araştırılacaktır. Özkıyım düşüncesinin özkıyım girişimi açısından önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Bu sebeple; hem tüm

gönüllülerde hem de geçmişte özkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış olarak iki gruba ayrılan hastalarda işlevsellik, sosyal uyum, umutsuzluk ve kaygı düzeyi ile özkıyım düşüncesi arasındaki ilişki de araştırılacaktır. Elde edilen verilerin; iki uçlu bozuklukta özkıyım düşüncesine erken müdahale edilmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızın temel hipotezleri aşağıda sıralanmıştır:

1. İki uçlu bozuklukta ataklar psikososyal işlevsellikte bozulmaya sebep olmaktadır. Hastalar ötimik dönemde olsa bile premorbid döneme oranla psikososyal işlevsellikteki bozukluk bir miktar devam etmektedir. Psikososyal işlevsellikte kayıp ile özkıyım düşüncesi ve girişimi arasında ilişki bulunmaktadır. Dolayısıyla geçmişte özkıyım girişiminde bulunmuş iki uçlu bozukluk hastaların bulunmamışlara göre sosyal uyum ve psikososyal işlevsellikleri daha bozuk olabilir.
2. Geçmişte özkıyım girişimi olan iki uçlu bozukluk hastaların psikososyal işlevsellik ve sosyal uyumun daha kötü olması devam eden özkıyım düşüncesine sebep olabilir. Dolayısıyla özkıyım girişimi öyküsü olan hastalarda olmayanlara göre devam eden özkıyım düşüncesine daha sık karşılaşıyor olabilir.
3. Kaygı ve umutsuzluğun özkıyım davranışıyla ilişkisi düşünüldüğünde kaygı ve umutsuzluk düzeyinin; geçmişte özkıyım girişiminde bulunmuş iki uçlu bozukluk hastalarında bulunmamışlara göre daha fazla olması beklenebilir.
4. Kaygı ve umutsuzluğun özkıyım düşüncesiyle ilişkisi düşünüldüğünde ve eğer geçmişte özkıyım girişiminde bulunmuş hastalar bulunmamışlara göre daha fazla umutsuzluk ve kaygı düzeyine sahip ise; özkıyım girişiminde bulunmuş grubun özkıyım düşüncesinin daha fazla olabileceği ve özkıyım açısından daha yüksek risk taşıyabileceği düşünülebilir.



## **A. Özkıyım**

### **A.1. Tanımlar**

Özkıyım, kişinin yaşamını bilerek ve isteyerek sonlandırmasıdır (17). Psikiyatrik açıdan acil durum ve çeşitli bilimleri ilgilendiren karmaşık bir sağlık sorunudur. Özkıyım davranışının psikolojik, biyolojik ve sosyal etkenlerle ilişkili olduğu bilinmektedir. Psikiyatrik bozukluğun belirtisi, sonucu, komplikasyonu olarak veya kişi için önemli bir kayıp, başarısızlık gibi durumlarla bağlantılı olarak ortaya çıkabilmektedir (18).

Durkheim (17,19) özkıyımı; “ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu ya da olumsuz bir edimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayı” olarak ifade etmiştir. Delmas (20) ise; “aklı başında bir insanın yaşamakla ölmek arasında bir seçim yapabileceği halde, her türlü ahlak baskısı dışında ölümü seçip kendisini öldürmesi” olarak tanımlamıştır.

### **A.2. Tarihçesi**

Özkıyım yani intihar; Arapça’da “kurban” demek olan “nahr” sözcüğünden köken almıştır. Latince’de ise; “sui” (kendi) ve “cadere” (öldürmek) köklerinden türetilmiş “suicide” sözcüğü ile ifade edilmektedir (18).

Özkıyım davranışının tarihi eski yazılı kayıtlara kadar gitmektedir (17). Tarihsel süreç içerisinde özkıyım davranışına bakış; sapkınlıktan hastalığa kadar değişiklik göstermiştir. Özkıyımın en eski izleri kendisini kurban olarak sunma uygulamasında görülmektedir. Bu uygulamanın dile gelişinden sonra özkıyım; Anadolu’nun ilk yazılı uygarlıklarından olan Hititler mitoslarında, daha sonra da Eski Yunan mitlerinde ve Dede Korkut hikâyelerinde karşılaşılmıştır (21).

Özkıyım ile ilişkili sosyokültürel faktörlerin incelenmesine ilk temel katkı 19. Yüzyılda Emile Durkheim (22,23) tarafından yapılmış olup; o dönemde özkıyım egoistik, anomik ve alturistik olarak üç farklı grupta ele alınmıştır.

DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) yayınlanmadan önce özkıyım davranışı, ne DSM’de ne de ICD’de

(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) hastalık olarak kodlanmamaktaydı (17). DSM-V'te özkıyım; 'İntihar Davranışı Bozukluğu' adı ile "Daha İleri Çalışmalar İçin Durumlar" başlığı altında sınıflandırılmıştır (24).

### **A.3. Epidemiyolojisi**

Ölüm nedeni olarak özkıyım; 25-34 yaş grubunda ikinci, 15-24 yaş grubunda ise üçüncü sırada yer almaktadır (25). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2012 senesinde özkıyım sonucu ölen kişi sayısının 804.000, özkıyım hızının 100.000'de 11,4 ve bu oranın kadınlarda 8, erkeklerde ise 15 olduğunu bildirmiştir (26). Bu verilerin resmi verilere dayanmasından dolayı gerçek oranların daha yüksek olduğu düşünülmektedir (27). Tedaviye uyumsuzluk sonucunda meydana gelen ve "kronik intihar" olarak adlandırılan ölümler de dikkate alındığında tamamlanmış özkıyım oranının daha yüksek bir değere ulaşacağı düşünülmektedir (18).

Türkiye'deki özkıyım istatistiğini Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) yayınlamaktadır. Ancak Türkiye'deki özkıyım oranları ile ilgili veriler sınırlıdır (26). 1996 yılındaki Türkiye'deki özkıyım oranı erkekler için 100.000'de 3,5, kadınlar için 2,2 olarak bildirilmiştir. TUİK verilerine bakıldığında Türkiye'deki özkıyım oranının arttığı, on yıl içerisinde erkeklerde %37, kadınlarda ise %23 oranlarına ulaştığı ve sırasıyla 100.000'de 4,8 ile 2,7'e yükseldiği görülmektedir (28,29). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2020 yılında özkıyım nedeniyle ölenlerinin sayısının ise 1,5 milyona ulaşması öngörülmektedir (1).

Özkıyım girişiminde bulunan kişi sayısının, özkıyım sonucu ölen kişilerden 10-30 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (17,22). Özkıyım girişimi öyküsü ilerleyen zamanda özkıyım girişimi açısından da risk faktörüdür. Bu bireylerin %25-30'unun gelecekte özkıyım girişiminde bulunacağı düşünülmektedir (24).

Özkıyım davranışı birçok değişkenden etkilenmektedir. Klinik ve biyolojik çalışmalar sonucunda yaş, cinsiyet, işsizlik, yalnızlık, umutsuzluk, medeni durum, evlilikte çocuk sahibi olmak ve ruhsal bozukluklar gibi bazı faktörlerin özkıyım davranışına yatkınlığa sebep olduğu düşünülmektedir (5,22,30-32).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) özkıyım girişimi ve düşüncesinin kadınlarda erkeklere oranla 3 kat; tamamlanmış özkıyımın ise erkeklerde kadınlara oranla 3-4 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (17,22,33,34). Türkiye'de de özkıyım ile ölenlerin yaklaşık dörtte üçünün erkek olduğu düşünülmektedir (26).

Özkıyım ergenlik öncesinde özellikle de 5 yaş altı çocuklarda nadiren görülmektedir (24). Özkıyım hızı ergenlik sonrasında ise hemen her yaşla doğru orantılı biçimde artmaktadır (17). Özkıyım ileri yaştaki çökkünlüklerde de önemli bir sorundur. Özkıyım hızının en yüksek olduğu yaş grubu 75 yaş ve üzeridir. Tüm özkıyımların %20'sinin ileri yaşta gerçekleştiği bildirilmiştir (26,35).

Eğitim düzeyi de özkıyım davranışını etkileyebilen bir faktördür (36). Düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzeyle ilişkilendirilmektedir. Sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerin istenmeyen yaşam olaylarına daha duyarlı olabileceği ve stresörlerin özkıyım düşüncesine yol açabileceği belirtilmiştir (37).

Özkıyım riski ruhsal hastalığı olanlarda olmayanlara göre 3-12 kat daha yüksektir (22). Özkıyım riski çeşitli hasta gruplarında farklı oranlardadır (38). Bu açıdan en riskli psikiyatrik hastalık ise duygudurum bozukluklarıdır (6-9). Yaşam boyu özkıyım ile ölenlerin oranlarına bakıldığında en yüksek oranların iki uçlu bozukluğa ait olduğu görülmektedir (10-14). Bu tanı tamamlanmamış özkıyım girişimi riskini de artırmaktadır (15).

#### **A.4. Etiyolojisi**

##### **A.4.1. Psikolojik etkenler**

Özkıyım ile ilişkili psikolojik etkenleri açıklayabilmek için çeşitli görüşler ve kuramlar ortaya atılmıştır. Bu görüş ve kuramlardan bazıları şöyledir:

Durkheim (21) özkıyımı egoistik, altruistik ve anomik olmak üzere üç farklı sosyal kategoride incelemiştir. Egoistik özkıyım sınıfına; bir sosyal gruba kuvvetli bağla bağlanmamış ve aile bağları zayıf olan kişileri dâhil etmiştir. Altruistik özkıyım sınıfındaki kişilerin; bir gruba aşırı bağlılıktan kaynaklanan ve bunun sonucunda fedakârlık yapıldığı sırada yaşamını

kaybetmiş kişiler olduğunu ifade etmiştir. Anomik özkıyım sınıfına ise; topluma ayak uyduramayan ve yaşam olaylardan etkilenme eşiği düşük olan kişileri dâhil etmiştir.

Özkıyımı psikoanalitik açıdan inceleyen Freud (17); başkasını öldürmeyi düşünmeyen bir kişinin kendisini öldüremeyeceğini savunmuştur. “Yas ve Melankoli” makalesinde de özkıyımın; yitirilen sevgi nesnesine karşı olan düşmanlık duygusu ve yok etme düşüncelerini kişinin benliğine yöneltmesi sonucunda ortaya çıktığını belirtmiştir.

Menninger (17,22) özkıyım triadının; ölme, öldürme, öldürülme isteğinden oluştuğunu ve her özkıyımda bu üç saldırganlık bileşeninin değişen oranlarda bulunduğunu savunmuştur.

Beck (39) ise özkıyımın; bilişsel çarpıtmalardan kaynaklandığını ve çaresizlik ile özkıyım arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu savunmuştur.

Shneidman (17,40) ise özkıyımı; benlik gücü zayıf bireyin çözüm araması olarak görmüş ve en anlamsız gibi görülen özkıyım girişiminin bile kendi sistemi içinde bir mantığı olduğunu belirtmiştir.

Öğrenme kuramında; özkıyım davranışının öğrenilmiş çaresizlik ile açıklandığı ve öğrenme sürecinin sonucu olduğu savunulmaktadır. Bu kurama göre; çaresizlik beklentisi sonucunda kişinin benlik saygısı düşer ve yaşamla ilişkisinin kesilmesiyle kişi özkıyım girişiminde bulunur.

Narsistik kurama göre; özkıyım girişiminde bulunan kişide, narsistik sorunlarla birlikte kendilik duygusunda bozukluklar vardır. Bu kuramda özkıyım davranışının; sonsuz huzur, sürekli bir uyku, güven verici nesnelere kaynaşma olarak algılandığı savunulmuştur.

Varoluşçuluk kuramına göre; kişinin kendi yaşamını kontrol edememesi halinde özkıyım davranışının meydana gelmektedir.

Stress-diatez modelinde; neden başka bir durumda değil de çökkünlük ve olumsuz yaşam olayları sırasında özkıyım davranışında bulunduğu açıklanmaya çalışılmaktadır (22).

#### **A.4.2. Genetik Etkenler**

Özkıyım davranışıyla ilgili genetik yatkınlığı ortaya koyabilmek için çeşitli monozigot ve dizigot ikiz çalışmaları yapılmıştır. Birçok araştırmada

monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre; hem özkıyım girişiminde bulunma öyküsüne hem de tamamlanmış özkıyımına daha sık rastlandığı bildirilmiştir (22,41).

Ailesel yüklülük özkıyım davranışında önemli bir yere sahiptir. Özkıyım öyküsü olan hastaların ailelerinde; özkıyım girişimi ve tamamlanmış özkıyım riskinin arttırdığına dair veriler mevcuttur. Örneğin; özkıyım girişimi öyküsü olan psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin birinci derece akrabalarında bu riskin dört kat arttığı bildirilmiştir (18).

#### **A.4.3. Biyolojik Etkenler**

Bu konuda en fazla serotonerjik sistem üzerinde çalışılmıştır. Serotonerjik sistem davranışsal inhibisyonda rol oynamaktadır. Serotonerjik yetersizlik sonucunda disinhibisyon, dürtüsellik, agresyon, kaygı gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Merkezi serotonin düzeyindeki azalmanın özkıyım davranışında önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Bu hipotez beyin omurilik sıvısının (BOS) incelendiği reseptör ve nörokimyasal çalışmalarla desteklenmiştir. Çeşitli tanı gruplarında; BOS'ta serotonin metaboliti olan 5-hidroksindolasetik asitin (5-HIAA) azalmış konsantrasyonları özkıyım davranışı ile ilişkilendirilmiştir (17,22). Postmortem çalışmalarda özkıyım sonucu yaşamını yitirmiş kişilerin; beyin sapı ile frontal kortekslerinde serotonin ve metabolitinde azalma olduğu, hem presinaptik hem postsinaptik serotonin bağlanma yerlerinde anlamlı değişiklikler olduğu, ventromedial prefrontal kortekste anormal serotonerjik fonksiyon olduğu da gösterilmiştir (17,22,42,43).

Hipotalamus hipofiz adrenal aks (HPA) ve noradrenerjik sistem de özkıyım davranışı patogeneğinde rol oynamaktadır. Bir stres karşısında HPA aks ve noradrenerjik sistem hiperaktivite göstermektedir (18). Nemeroff (44) özkıyım sonucunda yaşamını yitirmiş kişilerle yaptığı bir çalışmada; bu kişilerin BOS'larında kotikotropin saliverici faktör (CRF) yoğunluğunda artma ve CRF reseptörleri miktarında azalma olduğunu saptamıştır.

Dopaminerjik sistemin de özkıyım ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Özkıyım davranışına sebep olan agresif impulsların

serotoninin de katkısıyla temelde dopaminle oluştuğu öne sürölmektedir. Ancak bu konu henüz net değildir (18).

#### **A.5. Tedavisi**

Özkıyım girişiminde bulunmuş kişi yaşamına son vermeyi gerçekten arzulanmış olabileceği gibi, bu davranışı ile çaresizliğini dile getirmeyi de amaçlamış olabilir. Bu sebeple özkıyım davranışına bir yardım çağrısıymış gibi yaklaşmak gerekir (21). Aksi ortaya konana dek tüm özkıyım davranışları ciddiye alınmalıdır. Tedavi süreci planlanırken çok yönlü düşünölüp tüm kuramlar ve uyarılardan yararlanılması gerekmektedir (18).

Özkıyım girişiminde bulunmuş kişilerin tedavisi yatarak ya da ayaktan yapılabilmektedir. Özkıyım girişiminde bulunmuş kişiyi yatarak tedavi altına alma kararını; kişinin tanısı, hayat koşulları, problemle başa çıkma becerileri, çökkünlüğün ciddiyeti, özkıyım düşüncesinin boyutu, girişimin türü ve sosyal desteğe erişebilirliği gibi faktörler etkilemektedir (22).

Özkıyım girişiminde bulunmuş hastanın; öncelikle akut hastalığının ve varsa özkıyım girişimi sonucunda meydana gelmiş bulgularının tedavisi gerekmektedir. Gerekli acil müdahaleler tamamlandıktan sonra hastanın ruhsal durum muayenesi dikkatli bir şekilde tamamlanmalıdır. Lüzum halinde hastanın özkıyım girişimine sebep olan altta yatan patolojisine yönelik farmakoterapi de başlanmalıdır (18). İlerleyen süreçte hastanın ihtiyacına göre farmakoterapiye ek olarak psikoterapiler de uygulanabilmektedir. Farmakoterapiye karşı direnç öyküsü, özkıyım eğilimi ve çökkünlük döneminde olan hastalarda elektrokonvülfif terapi de tercih edilebilir (17).

#### **A.6. Özkıyım Riskine Karşı Alınabilecek Önlemler**

10 özkıyım vakasından 8'inin daha öncesinde bu düşünceden söz ettiği bildirilmiştir (45). Bu yüzden her türlü özkıyım düşüncesine titizlikle yaklaşılmalı ve özkıyım girişimi açısından gerekli önlemler alınmalıdır (17). Klinik pratikte sıkı önlemler alınmasına rağmen yine de özkıyım davranışı görölebilmektedir. Hastane şartlarında dâhi özkıyım girişimiyle karşılaşılabilir. Tüm özkıyımların %1'inin hastanede gerçekleştiği ve psikiyatri kliniklerindeki yıllık özkıyım oranının %0,1 olduğu bildirilmiştir (18).

Özkıyımaya karşı kesin koruyucu önlemler alınamayacak olunmasına rağmen bu açıdan her zaman dikkatli olunması şarttır.

Hastalar genelde çökkünlük dönemlerinde özkıyım girişiminde bulunmaktadır. Çökkünlük tedavi edilebilen bir hastalıktır. Ancak özkıyım girişiminin geri dönüşümü olmayan sonuca ulaşma ihtimali vardır. Bu yüzden çökkünlük tanısı konan her hastada özkıyım riski değerlendirilmelidir. Çökkünlük döneminde olan hastanın özkıyım düşüncesi varsa, geçmişte özkıyım girişiminde bulunmuşsa veya aile öyküsünde özkıyım ile yaşamına son vermiş kimsenin olduğu ifade ediliyorsa; bu bireylerde özkıyım riskinin arttığı düşünülmektedir. Ayrıca özkıyım riskini artıran diğer faktörler arasında; erkek cinsiyet, 45 yaşın üzerinde olma, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, ailesinde psikiyatrik destek almış kimsenin olması, çökkünlük belirtilerinin dirençli olması ve uzun sürmesi, psikomotor yavaşlama ile anerji hali de yer almaktadır (17).

Çökkünlüğü olan hastalarla dikkatli bir şekilde iletişime geçilmelidir. Bu hastalara öğüt veren yaklaşımlarda bulunulması, hastanın üstesinden gelemeyeceği sorumluluklara itilmesi, kendisini suçlu hissedeceği davranış ve konuşmalarda bulunulması özkıyım riskini arttırabilmektedir (45). Özkıyım düşüncesi olan çökkünlükteki hastaya, çökkünlüğün iyileşebildiği ve iyileştikten sonra genelde bu düşüncesinin kalmadığı anlatılarak güvence verilebilir. Ağır çökkünlüğü olanlarda bu güvence işe yaramamaktadır. Bu gibi durumlarda hasta ve yakınlarına bilgi verilerek hastanın yatarak sağaltım görmesinin gerektiği anlatılmalıdır. Ancak özkıyımı önlemek için hastaları uzun süreli klinikte yatırmanın yarardan çok zararı olabilmektedir. Bu nedenle yatarak tedavi gören hastaların özerkliklerini engel olacak ve sağaltımlarını negatif yönde etkileyecek durumlardan da kaçınılmalıdır (17).

## **B. İki Uçlu (Bipolar) Bozukluk**

### **B.1. Tanımlar**

İki uçlu (bipolar) bozukluk yineleyen mani, hipomani ve çökkünlük dönemleriyle seyreden kronik bir hastalıktır (46). Mesleki ve sosyal

işlevsellikte azalma, özkıyım riskinin bulunması ve duygudurum dönemlerinin yinelemesi gibi nedenlerle kişinin ve çevresindekilerin yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir (47,48).

## **B.2. Tarihçe**

Duygudurum bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinmektedir (17). Eski Yunan ve Latin yapıtlarında ağır çökkünlük ve taşkınlık dönemleri geçiren kişilerin olduğu gösterilmiştir. Melankoli ve mani deyimi ilk kez İ.Ö. V. yüzyılda Hipokrat tarafından kullanılmıştır (49). Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan biri de İbni Sina olmuştur (17). Kapadokyalı Aretaeus (50) ise melankoli ve mani arasında bir bağlantı olduğunu, aynı hastaların bu iki rahatsızlığı farklı zamanlarda yaşadığını gözlemlemiştir. Milattan sonra beşinci yüzyılda Caelius Aurelianus (51) maniye; arada iyileşme dönemleriyle giden geçici tip ve süreğen tip olmak üzere iki gruba ayırmıştır. Her iki durumun da genelde gençlerde gözlendiğini, erkeklerde kadınlara göre daha sık rastlandığını belirtmiştir. JS Esquirol (50) ise; depresyon ve maninin kronik akıl hastalıklarından farklı olduğunu ortaya koymuştur. Daha sonra da bu tabloları tarif etmek için “circular insanity, iki biçimli delilik (folie a double forme)” gibi çeşitli terimler kullanılmıştır. 19. Yüzyılda Fransız ve Alman ruh hekimleri mani ve melankolinin değişik türleri ile klinik belirtilerini yazmışlar ve hepsini “psikoz-manyak-depresif” adı altında toplamışlardır. Hastalığın belirtilerinin, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını ise Kraepelin (17) yapmıştır. Kraepelin (17) 1895’te bu hastalığı “manik depresif hastalığı” olarak adlandırmış ancak; hiçbir yerde manik depresif hastalığı birincil bir duygulanım bozukluğu olarak tanımlamamıştır. Afektif bozukluk terimi daha önce H. Maudsley tarafından melankoli için ortaya atılmışken, Blueyer (50) 1930’lu yıllarda “afektif bozukluk” başlığı altında depresif ve elevasyon belirtilerini bir araya toplamıştır. Bipolar ve unipolar hastalık kavramı ise; literatüre ilk kez 1957 yılında Leonard (51) tarafından kazandırılmıştır. Leonard (51) sadece depresif veya manik dönemle seyreden tabloyu “unipolar hastalık”, manik ve depresif dönemlerle seyreden tabloyu ise “bipolar hastalık” olarak tanımlamıştır.



İlerleyen yıllarda tedavide lityumun kullanılmasıyla birlikte manik depresif hastalık bir duygudurum bozukluğu olarak benimsenmiştir (52). Major depresif bozukluğun ve iki uçlu bozukluğun ayrı iki hastalık olduğu ilk kez 1980 yılında DSM-III'te belirtilmiştir (53). Daha sonraki yıllarda ise Dunner ve ark.'nın (54) önerisiyle iki uçlu bozukluk; kendi içinde iki uçlu I bozukluk ve iki uçlu II bozukluk olarak iki alt tipe ayrılmıştır. DSM III-R'de ise; "afektif bozukluklar" tanımı yerini "duygudurum bozuklukları" tanımına bırakmıştır (50,55). DSM-IV'de bipolar I, bipolar II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk olarak dört tip bipolar bozukluk yer almıştır. DSM-IV'de antidepresan tedavinin yol açtığı manik nöbetler bipolar I bozukluğun içine dâhil edilmeyip "maddenin neden olduğu manik epizod" olarak tanımlanmıştır. DSM-IV-TR'de bu tanıma genel tıbbi duruma ve madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu alt tipleri de eklenmiştir (50). İki uçlu bozukluk; DSM-V öncesinde duygudurum bozuklukları içinde sınıflandırırken DSM-V'te, "İki uçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar" başlığı ile depresyon bozukluklarından ayrılmıştır. Bu bölümde kapsanan tanılar; iki uçlu I bozukluk, iki uçlu II bozukluk, siklotimi bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı iki uçlu bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı iki uçlu bozukluk, tanımlanmış diğer bir iki uçlu ve ilişkili bozukluk, tanımlanmamış iki uçlu ve ilişkili bozukluktur (24). Ayrıca DSM-IV'te çökkünlük ve mani dönemi tanılarının birlikte konulabildiği durumlar "karma epizod" olarak adlandırılırken; DSM-V'te "karma epizod" yerini "karma özellikli mani/hipomani ya da depresif epizod" tanımlamasına bırakmıştır. Aynı zamanda karma özellikli belirleyicisi için; diğer uçtaki dönemin üç belirtisinin bulunması yeterli görülmüştür. Ancak bu belirtilerden çabuk öfkelenme mani semptomlarından, psikomotor ajitasyon da çökkünlük belirtileri arasından çıkarılmıştır. Madde/ilaçla ortaya çıkan, diğer tıbbi durumlardan kaynaklanan, diğer belirlenmiş/belirlenmemiş bipolar ve ilişkili bozukluklar ayrı başlıklar altında yer almıştır. DSM-IV'te antidepresan tedavi ya da elektrokonvulsif tedavi sırasında mani ya da hipomani atağının ortaya çıkması durumunda hastaya iki uçlu bozukluk tanısı konulmazken; DSM-V'te bu tablo eğer tedavinin fizyolojik etkisinin ötesinde ise tanı konulabileceği belirtilmiştir (17).

DSÖ ICD-10 sınıflama sisteminde ise bipolar bozuklukları; şimdiki durumu hipomanik/manik/depresif/karma/remisyonda, başka bipolar afektif bozukluklar, belirlenmemiş bipolar afektif bozukluklar, belirlenmemiş duygudurum bozukluğu olarak sınıflandırmıştır (50).

### **B.3. DSM-V'e Göre İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozuklukların Sınıflandırılması**

#### **B.3.1. İki Uçlu I Bozukluk Tanı Kriterleri**

DSM-V'e göre iki uçlu I bozukluğunun tanı kriterleri şöyledir:

- A. En az bir mani dönemi için tanı ölçütler karşılanmıştır.
- B. Mani ve yeğin depresyon dönem(ler)inin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış ya da tanımlanmamış iki uçlu ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

#### **B.3.1.1. Mani Döneminin Tanı Kriterleri**

DSM-V'e göre manik dönemin tanı kriterleri şöyledir:

- 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 ayrı bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunmalıdır.
- B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha çoğu (çabuk kızan 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,
  - 3. Her zamankinden daha çok 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,
  6. Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikodevinimsel kışkırtma,
  7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma.
- 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 ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (24).

### **B.3.1.2. Hipomani Döneminin Tanı Kriterleri**

DSM-V'e göre hipomanik dönemin tanı kriterleri şöyledir:

- A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve etkinlikte ve içsel güçte, olağdışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunmalıdır.
- B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha çoğu (çabuk kızan 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,
  3. Her zamankinden daha çok 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,
  6. Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikodevinimsel kışkırtma,
  7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma,

- 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 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 ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (24).

### **B.3.1.3. Yeğın (Major) Depresyon Döneminin Tanı Kriterleri**

DSM-V'e göre yeğın depresyon döneminin tanı kriterleri şöyledir:

- A. Aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğı) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirmedir.
  1. Neredeyse her gün ve günün büyük bir bölümünde çökkün duygudurum,
  2. Neredeyse her gün ve günün büyük bir bölümünde çoğı etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama,
  3. Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma ya da neredeyse hergün yeme isteğinde azalma ya da artma,
  4. Neredeyse hergün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma,
  5. Neredeyse hergün psikodevinimsel kışkıрма ya da yavaşlama,
  6. Neredeyse hergün bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması,
  7. Neredeyse hergün değersizlik ya da aşırı suçluluk duyguları,
  8. Neredeyse hergün düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama,

9. Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici intihar düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (24).

### **B.3.2. İki Uçlu II Bozukluk Tanı Kriterleri**

DSM-V'e göre iki uçlu II bozukluğun tanı kriterleri şöyledir:

A. En az bir hipomani dönemi ve en az bir yeğın (major) depresyon dönemi için tanı ölçütler karşılanmıştır.

B. Hiçbir zaman bir mani dönemi geçirilmemiştir.

C. Hipomani ve yeğın depresyon dönem(ler)inin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğeri iki uçlu ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

D. Depresyon belirtileri ya da depresyon ve hipomani dönemleri arasında sık gidip gelmelerin neden olduğu öngörülemezlik durumu, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

#### **B.3.2.1. Hipomani Döneminin Tanı Kriterleri**

“İki Uçlu I Bozukluk Tanı Kriterleri” başlığı altında değinildiği için burada yinelenmemiştir.

#### **B.3.2.2. Yeğın (Major) Depresyon Döneminin Tanı Kriterleri**

“İki Uçlu I Bozukluk Tanı Kriterleri” başlığı altında değinildiği için burada yinelenmemiştir.

### **B.4. Epidemiyoloji**

Yakın zamana kadar iki uçlu bozuklukta yaşam boyu hastalanma riski %1 olarak kabul edilmekteydi (17,56,57). Araştırma yöntemlerindeki farklılıklara bağlı olarak değişik oranlar bildirilmişse de iki uçlu bozukluğun görölme sıklığının daha yüksek olduğu konusunda görüş birliği vardır. İki uçlu I ve II bozukluklarını kapsayan çalışmalarda %5 i bulan oranlar bildirilmiştir

(58). İki uçlu I bozukluğun her iki cinsiyette eşit oranlarda, iki uçlu II bozukluğun ise kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (59).

Hastalığın görülme sıklığı gelir düzeyi ve medeni durumdan etkilenebilmektedir. İki uçlu I bozukluğun gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde ve medeni durumu boşanmış ya da dul olan kişilerde daha sık görüldüğü saptanmıştır (17). İki uçlu bozuklukların yüksek sosyoekonomik düzeylerde daha sık görüldüğü bildirilmekle beraber ırklar arasında belirgin bir farklılık bulunamamıştır (60-63).

Ailede iki uçlu bozukluk öyküsünün olması iki uçlu bozukluk açısından risk faktörüdür (22). İki uçlu bozukluğu olan hastaların ailelerinde iki uçlu bozukluk görülme riski de genel toplumdaki 8-18 kat daha yüksektir (17). Yakınlık derecesi arttıkça risk yükselmektedir (59).

## **B.5. Etyoloji**

### **B.5.1. Genetik Faktörler**

İki uçlu bozukluk poligenik bir kalıtıma sahiptir (17,50). Bu hastalık bazı ailelerde yığılma göstermektedir. İki uçlu bozuklukla ilgili kromozomal hassasiyet bölgeleri ve aday genlerle ilişkili bazı kanıtlar bulunmuşsa da bu kanıtlar henüz yeterli düzeyde değildir (64).

Çeşitli çalışmalarda ikizlerdeki hastalanma sıklığının tek yumurta ikizlerinde %45–75, çift yumurta ikizlerinde %10-20 arasında değiştiği; bu oranın hastaların birinci derece akrabalarında ise %5-10 arasında olduğu bildirilmiştir (50,65). Tek yumurta ikizlerinde konkordans oranının tam olmaması araştırmacılara; iki uçlu bozuklukta çevresel etkenlerin de rolü olduğunu düşündürmüştür (66,67). Evlat edinme çalışmalarında ise; iki uçlu bozukluğu olan hastaların biyolojik ebeveynlerinde kendisini yetiştiren ebeveyne oranla hastalık gelişme riskinin üç kat daha fazla olduğu saptanmıştır (68).

### **B.5.2. Psikososyal Faktörler**

Birçok fiziksel ya da psikososyal olayın atakları tetiklediği düşünülmektedir. İlk atak genelde önemli bir yaşam olayıyla tetiklenmekteyse de bu olayın çoğu zaman özgül olmadığı görülmektedir. Yani her yaşam olayı her bireyde böyle bir bozukluğu başlatmaz (17). Duygudurum

bozukluklarında ilk dönemlerin genellikle bir çevresel stres sonrası ortaya çıkması ancak; daha sonraki dönemlere stresör olayın eşlik etmesinin azaldığının gözlemlenmesi sonucu “duyarlılaşma modeli” oluşturulmuştur. Stresin beyindeki çeşitli biyokimyasal sistemlerde uzun süreli ve belki de nöronal kayıp şeklinde bozukluklar yaratarak psikososyal stresörlere duyarlılık oluşturduğu düşünülmektedir (22). Bu duyarlılık, hastalığın ilk dönemlerinin ortaya çıkmasında daha fazla önemlidir. İlerleyen ataklarda bu duyarlılığın yerine, geçirilmiş dönemin yarattığı bir duyarlılaşmanın geçtiği ve gidişin otonomik özellik kazandığı öne sürülmektedir (18,69).

### **B.5.3. Biyokimyasal Nedenler**

Nörokimyasal çalışmalar daha çok biyojenik aminler üzerinde yoğunlaşmış olsa da henüz nörotransmitter hipotezlerinin hiçbirisi iki uçlu bozukluğu açıklayabilecek nitelikte değildir (70). Sağaltımda kullanılan ilaçların etkili olduğunun anlaşılmasıyla, iki uçlu bozukluğun etyolojisini aydınlatılabilmek için biyokimyasal araştırmalar hız kazanmıştır. Örneğin; rezepin kullanımının monoaminleri azalttığı, depresyona neden olabildiği ve manik belirtileri azalttığına görülmesiyle; depresyonun monoaminlerde azalma, maninin ise monoaminlerde artma ile ortaya çıktığı görüşü ileri sürülmüştür (71).

Noradrenalin üreten sinirler beyinde özellikle locus sereleusta yoğunlaşmıştır. Manik dönemde noradrenalinin arttığı; lityum tedavisi gören hastalarda noradrenalin salınımının düştüğü ve noradrenalin geri alımının arttığı bilinmektedir (17). Ayrıca çalışmalarda manik epizoddaki hastalarının idrarında noradrenalin metaboliti olan 3-metoksi, 4-hidroksi feniletillen glikol (MHFG) düzeyinin arttığı bildirilmiştir. Bu bulgu; noradrenalin düzeyinin manik epizod sırasında yükseldiği düşüncesini desteklemektedir (72). Depresyonda görülen motivasyon azalması ise noradrenalinin eksikliği ile ilişkilendirilmiştir (73). Ancak daha sonra bu düşünce desteklenmemiş ve aksine depresyonda noradrenalin aktivitesinde artış ile birlikte adrenerjik reseptörlerde duyarlılıkta azalma olduğu bildirilmiştir (74,75).

Serotonerjik hücrelerin gövdeleri beyinde dorsal rafe çekirdeklerinde yoğunlaşmıştır. Serotoninin uyku-uyanıklık, yeme isteği, libido, beden ısısı,

duygudurum, agresyon, uyarılma, irritabilite, düşünme, kavrama gibi birçok alanda düzenleyici etkisi vardır. Serotonin noradrenalin ve dopaminle birlikte amaçlı devinim işlerinde, saldırgan davranışların kısıtlanmasında da etkin rol almaktadır (17,73-76). Kimi hastalarda BOS'da 5HIAA oranının düşük olduğu saptanmasıyla, çökkünlüklerde serotonerjik etkinlikte azalma ihtimali üzerinde durulmuştur (17). Çalışmalarda özellikle impulsivite, agresyon ve suisid girişimi olan hastalarda BOS'da 5HIAA düzeylerinin düşük olduğu bildirilmişse de genel olarak iki uçlu bozuklukta BOS'daki 5HIAA düzeyleriyle ilgili çalışmaların sonuçları çelişkilidir (71).

Dopaminerjik aktiviteyi artıran ajanlar manik dönemi uyarabilmekteyken antidopaminerjik ajanların ise anti-manik etkinliği vardır. Yapılan çalışmalarda manik dönem sırasında BOS'da dopamin metaboliti olan homovalinik asid düzeyinin yüksek olduğunun saptanması uyarılmış dopaminerjik aktivitenin manik epizod ile ilişkili olabileceğini akla getirmiştir.

Bazı çalışmalarda İki uçlu bozukluk hastalarında plazma gama-aminobütirik asit (GABA) düzeylerinde azalma olduğu gösterilmiştir. Bu durum; iki uçlu bozukluk hastalığının etyopatogenezinde GABA'nın da rolü olduğunu düşündürmüştür (71).

#### **B.5.4. Beyin Görüntüleme Çalışmaları**

Beyin görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler sonucunda iki uçlu bozukluk hastalarıyla yapılan nörogörüntüleme araştırmalarında son yıllarda artış olmuştur. Bazı çalışmalarda iki uçlu bozukluk tanılı hastalarda periventriküler ve subkortikal bölgedeki beyaz cevherde hiperintens lezyonların bulunduğu gösterilmiştir. Ancak; bu lezyonların hastalığa özgü olmayıp yaş ve hastalık şiddeti ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (77). Son zamanlarda bu hastalarda; özellikle sol taraftaki ön singulat hacminde ve gri cevher yoğunluğunda sağlıklı kontrollere oranla belirgin azalma olduğu da gösterilmiştir. Lityum kullanan hastalarda ise bu farklılığın olmadığı görülmüştür. Bu bulgular postmortem çalışmalarla da desteklenmiştir. Manyetik rezonans spektroskopi araştırmaları da hem iki uçlu bozukluk hastalarında hem de sağlıklı kontrollerde lityumun hücre koruyucu etkisini göstermiştir (17,77).



## **B.6. Eş Tanı**

İki uçlu bozuklukta tıbbi ya da psikiyatrik bozukluk komorbiditesiyle sık karşılaşmaktadır (78). Hastalarının %65'inin en az bir, %42'sinin iki ya da daha fazla, %24'ünün ise üç ya da daha fazla psikiyatrik hastalık komorbiditesi olduğu bildirilmiştir (79).

İki uçlu bozukluk ile birlikte en sık görülen psikiyatrik hastalıklar; kaygı bozukluğu, erişkin tip DEHB, somatizasyon bozukluğu, kişilik bozuklukları, alkol ya da madde kötüye kullanım/bağımlılığıdır (72,80). İki uçlu bozukluğu olan erkeklerde madde kullanım bozukluğu, patolojik kumar oynama ve davranım bozukluğu; kadınlarda ise kaygı bozuklukları ve yeme bozuklukları eş tanıları daha sık görüldüğü bildirilmiştir (22,81-84). Ayrıca; migren, obezite, diabetes, troid hastalığı gibi bedensel hastalıklarla da iki uçlu bozukluk hastalarında sık görülen hastalıklar arasındadır (17). Eş tanısı olan hastalarının iyilik dönemlerinin daha az, prognozunun daha kötü, intihar riskinin daha yüksek, hastanede yatış süresinin daha uzun, iyileşme oranları ve lityuma cevabın daha düşük olduğu düşünülmektedir (79,85-87).

## **B.7. Klinik Özellikler**

Çökkünlük döneminin temel belirtileri depresif mizaç, ilgi ya da istek kaybıdır (22). Çökkünlükteki hastalarda; değersizlik hissi, ölüm düşüncesi, enerji azlığı, yapacakları işleri tamamlamada güçlük çekme, uyku ve iştahta bozulma, kaygı, cinsel istekte azalma, geleceğe karşı umutsuzluk, özgüven düşüklüğü, suçluluk hissi, odaklanma güçlüğü gibi belirtiler görülmektedir.

Sınıflandırma dizgeleri iki uçlu ve tek uçlu çökkünlük dönemi arasında tanı ölçütleri açısından bir fark tanımlamamıştır. Her iki çökkünlük döneminde de görülen belirtiler benzer olduğu için bu iki hastalığın ayrımı çoğu zaman kolay olmamaktadır. Belirtilerdeki benzerliğe rağmen; bu iki bozuklukta çökkünlük dönemleri arasında klinik açıdan bazı farklılıklar olduğu dikkati çekmektedir (17). Örneğin; iki uçlu bozuklukta belirtiler çoğu zaman ani başlayıp ani sonlanmakta, hastalık dönemleri daha kısa sürmekte, başlangıç yaşı genelde daha erken olmakta, mevsimsellik, psikotik özelliklerle, atipik ve vejetatif belirtilerle, psikomotor yavaşlama ve duygudurumda ani değişimlerle daha sık karşılaşmaktadır (71,50,88-91).

İki uçlu bozuklukta depresif dönem dışında manik ve hipomanik dönemler de görülmektedir. Bazen hastaların bir dönemden diğerine kayabilmektedir. Çökkünlük sırasında kullanılan antidepresan ajanların depresif dönemden manik döneme kaymayı kolaylaştırdığı düşünülmektedir (50).

Manik dönemdeki bir kişide; konuşma miktarında ve motor hareketlerde artış, aşırı neşelilik, çok para harcama, altından kalkamayacağı borca girme, olağan dışı projeler tasarlama, aniden öfkelenme, dikkatinin çabuk dağılması, uyku miktarında azalma, cinsel istekte artış, az uyumaya rağmen gün içinde kendini aşırı enerjik hissetme, her şeye gücünün yeteceğini düşünme, çağrışımlarda hızlanma gibi semptomlar gözlenebilmektedir (17,18,22,24,50,71). Manik dönemin ayırıcı özelliği ekspansif, irritabl veya yükselmiş mizaçtır (22). Özellikle de kişinin engellenmesi halinde mizacın irritabl olması beklenir. Patolojik kumar oynama, takı ve kıyafetlerde alışılmışın dışında renk ya da kombinasyonları tercih etme, basınçlı konuşma, olmadık yerlerde şarkı, türkü söyleme, ortalık yerde cinsel içerikli konuşma, özgüvende abartılı yükselme, hiç tanımadığı kişilerle muhabbet etmeye çalışma da manik epizodda görülen belirtilerdendir (24). Bu hastaların zihini çoğu zaman dini, politik, maddi, cinsel ya da persekütuar düşüncelerle fazlasıyla meşguldür. Bu düşünceler sanrısız boyutlara varabilmektedir (22). Hastalar düşünmeksizin istenmeyen sonuçlar doğurabilecek riskli davranışlarda bulunabilirler. Bazı hastalarda ise regresyon görülmektedir. Hastalar manik dönemdeyken çoğu kez kendi istekleri dışında acil şartlarda ve zorla muayeneye getirilirler. Çoğu kez tedaviyi reddederler. Görüşmede alaycı tavırlar sergileyip çabucak öfkelenebilirler ve hatta kaçmaya çalışabilirler (50).

İki uçlu bozuklukta mani ve çökkünlük belirtileri eş zamanlı olarak görülebilmektedir. Bu durum karma özellikli dönem olarak adlandırılır. Karma özellikli dönem sırasında, tüm mani ve çökkünlük belirtilerinin bir arada görülmesi sık görülen bir durum değildir. Bu dönemdeki hastalarda genelde; çabuk sinirlenme, basınçlı konuşma, panik nöbetleri, ajitasyon, uyku

problemi, cinsel istekte artma ve büyüklük düşünceleri gibi belirtiler görülmektedir (17).

### **B.8. Gidiş ve Sonlanış**

İki uçlu bozukluk tek uçlu bozukluğa göre daha erken yaşta başlamaktadır (84). Cinsiyet başlangıç yaşı açısından belirgin bir farklılık oluşturmamaktadır (56). İki uçlu I bozukluğunun ortalama başlangıç yaşı 18, iki uçlu II bozukluğun ise 20'li yaşların ortalarıdır (24). Hastalık başlangıç yaşının 17, 27 ve 46 yaşlarında zirve yaptığı bildirilmiştir (92). Olguların yaklaşık üçte biri ise erken (18 yaşından önce) başlangıçlıdır (93, 94, 95). Bu durum kötü prognoz ile ilişkilendirilmiştir (17,50,93,96-100). Hastalık %10 kadar hastada ileri yaşlarda başlayabilmektedir (71,101). Bu hastalarda aile öyküsü olsa bile; altta yatan diğer sağlık sorunları ve madde kullanımı ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır (24,17,101).

İki uçlu bozukluk manik ya da depresif dönem ile başlayabilmektedir. Dönemler cinsiyete göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin; erkeklerde ilk dönemin daha çok manik dönem olduğu ve ilerleyen zamanda da manik dönemlerin kadınlara oranla daha sık görüldüğü düşünülmektedir. Ayrıca erkeklerde mani ile depresif dönem sayılarının yıllar içerisinde eşit kaldığı görülürken, kadınlarda depresif dönem sayısı yıllar içerisinde artma eğilimindedir (18,81,102).

İki uçlu bozuklukta ilk dönemin depresif dönem olma olasılığı daha fazladır. Erken yaşta başlayan çökkünlüklerde daha fazla olmakla birlikte; çökkünlük belirtileri ile doktora giden hastaların yanlış tanı almaları önemli bir sorundur (26). İki uçlu bozukluk tanısının ilk hastalık döneminden yaklaşık 5-10 sene sonra konulduğu düşünülmektedir (103,104). Tanı koymadaki gecikme; hastalığın ilk döneminin genelde çökkünlük dönemi olmasının yanında hastalık boyunca çökkünlük döneminin mani ya da hipomani döneminden daha yaygın olması ve hipomanik dönemlerin gözden kaçabilmesine de bağlanmaktadır (17). Çeşitli çalışmalarda hastaların yanlış tanı alma oranlarının %73'ü bulabildiği, doktora ilk başvuruda sıklıkla yineleyici çökkünlük tanısı aldığı, yanlış tanı alanların %55'inin zaman içerisinde manik/hipomanik dönem yaşadığı, %23'ünün ise hızlı döngülü

forma döndüğü bildirilmiştir (105-108). Başlangıçta major depresyon tanısı alan 559 hastayla yapılan uzun süreli bir izlem çalışmasında; ilerleyen zamanda olguların %39,9'unun iki uçlu I bozukluk, %8,6'sının ise iki uçlu II bozukluk tanısı aldığı bildirilmiştir (109). Ayrıca iki uçlu II bozukluk tanılı kişilerde yıllar içinde %5-15 oranları arasında manik dönem geliştiği bildirilmiştir (24). İki uçlu II bozukluk hastaları bir kez manik epizod yaşadktan sonra tanıları iki uçlu I bozukluk olarak değişmektedir.

Mani belirtileri aniden başlarken, çökkünlük belirtileri çoğunlukla sinsi bir şekilde başlamaktadır. Ancak sorgulandığında; manik dönem başlamadan önce uyku bozukluğu, duygudurum labilitesi, iştah artışı ve bunaltı gibi öncül belirtiler saptanabilmektedir. İki uçlu bozuklukta ilk manik dönem genellikle erken erişkinlikte ortaya çıkmaktadır. İki uçlu bozuklukta hastalığı tek manik atak ile atlatan kişilerin sayısı azdır (17). Manik dönem geçiren hastaların %60'ı 2 yıl içinde tekrar manik dönem, %90'ı ise tekrarlayan ataklar geçirmektedir (24). Hastaların %5-15'inde manik epizodlar kronikleşmektedir (71).

İki uçlu bozukluk hastaları genelde 12-24 ayda bir yeni atak geçirmektedir. Mani dönemi yaklaşık 2 ay içinde yatışmaktadır. Kimi hastalarda aylarca sürse de ortalama süresi 4-6 hafta kadardır (17). Depresif dönem ise genelde daha uzun sürmektedir. İki uçlu bozuklukta yaşam boyu depresyonda geçirilen süre; manide geçirilen süreden daha fazladır (110). İki uçlu II bozuklukta iki uçlu I bozukluğa göre; çökkünlük belirtilerinin daha baskın olduğu, geçirilen dönemin belirtilerinin daha uzun süre devam ettiği ve geçirilen atak sayısının daha fazla olduğu düşünülmektedir (17,111). Hastalık ilerledikçe epizodlar arası süre kısalmaktadır (17,24). Yaklaşık 5 epizoddan sonra epizodlar arası süre 6-9 ay kadardır.

İki uçlu bozuklukta hastalar yılda dört ya da daha fazla epizod geçiriyorsa bu olgular "hızlı döngülü" olarak alandırılır. İki uçlu bozukluğun %5-15'i hızlı döngülüdür (22). Hızlı döngüye giren hastaların işlevselliklerinin genel olarak bozuk olduğu ve bu hastalarda özkıyım riskinin yüksek olduğu düşünülmektedir (112,113).

İki uçlu bozuklukta hastalar yaşadığı dönem özelliklerinin yanında zıt dönemin özelliklerini de gösteriyor olabilir. Bu dönem “karma özellikli dönem” olarak adlandırılır. Manik atakta olan ve hastanede yatan hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %49’unda en az bir tane, %30’unda ise en az iki tane eş zamanlı çökkünlük belirtisi olduğu gösterilmiştir (106). Karma özellikli dönem tanımı farklı tanı ölçütlerine göre değişebildiğinden, hastalarda karma özellikli dönem görülme sıklığı %6,7-28 oranları arasında değişmektedir (17,114). Hastalarının %40’ının hastalıkları boyunca en az bir kez karma özellikli epizod geçirdiği düşünülmektedir. Ancak tüm duygudurum dönemleri içinde karma özellikli epizodların oranının çok daha düşük olduğu tahmin edilmektedir (115). Karma özellikli dönemin; klasik mani ve çökkünlük dönemlerinden daha uzun sürdüğü, prognozu olumsuz etkilediği, bu hastalarda hastalığın daha şiddetli geçtiği, kaygı bozukluğu, madde kötüye kullanımı, katatoni belirtilerinin daha fazla görüldüğü ve özkıyım oranlarının daha yüksek olduğu savunulmaktadır (17).

İki uçlu bozuklukta hasta; ataklar arası dönemde hastalık öncesi haline dönebilmektedir. Hastaların %20-30’unda ise ara dönemlerde kalıntı belirtiler devam etmekte ve ataklar kronikleşme eğilimi göstermektedir. Duygudurum ile uyumsuz psikotik özellikler gösteren hastaların ara dönemde tam iyileşme olasılığı azalmaktadır (71). Ara dönemlerde kalıntı belirtilerin varlığı ve eşlik eden başka ruhsal hastalıkların bulunması yinelemenin önemli bir yordayıcısı olarak görülmektedir (116). Ayrıca kalıntı belirtileri varlığının yaşam kalitesini olumsuz etkileyip yeti yitimini arttırdığı da düşünülmektedir (117,118).

İki uçlu bozuklukta prognozu etkileyen çeşitli faktörler vardır. Hastalığın seyri sırasında hastanın sağaltıma uyum sağlaması, epizodlar arası iyilik dönemlerinin uzun, mani dönemlerinin baskın, ailede dışa vurumun düşük seviyede olması iyi prognozla ilişkilendirilmektedir. Başlangıç yaşının erken olması, ileri yaş, kalıntı belirtilerin varlığı, ilk atağın mani olması, alkol/madde kullanımının olması, çökkünlük dönemlerinin uzun sürmesi, hızlı döngülülük, kişilik bozukluğu ek tanısı ise kötü prognostik faktör olarak bildirilmiştir (47,50,71,84,93,96,97,100,116,119-122). Kadın iki uçlu

bozukluk hastalarında prognozun adet dönemleri, gebelik ve adetten kesilme dönemleriyle de bağlantılı olduğu da düşünülmektedir (123,124).

### **B.9. Tedavisi**

İki uçlu bozuklukta sağaltımın amacı akut dönemi yatıştırmak, yinelemleri önlemek ve işlevselliği artırmaktır. İki uçlu bozukluğun sağaltımı tek uçlu bozukluktan farklı ve daha zordur. Hastaların önemli bir kısmında yeterli sağaltıma rağmen eşikaltı çökkünlük belirtilerin sürdüğü görülmektedir. Eşikaltı belirtiler yinemelerin habercisi olduğu için bu belirtilerin sağaltımı da önemlidir.

İki uçlu bozuklukta farmakoterapi; akut ve sürdürüm tedavisi olarak ikiye ayrılmaktadır. Akut evredeki hastanın tedavisi hastanede yatarken ya da poliklinik şartlarında yapılabilmektedir (17). Özkıyım, başkasına zarar verme riski, ilaç uyum problemi, ayaktan sağaltım önerilerine uymama, belirtilerde hızlı ilerleme, psikotik bulguların varlığı, sosyal destekte yetersizlik gibi durumlar yatarak tedavi endikasyonlarıdır (22).

Tedavide kullanılan temel ilaçlar duygudurum dengeleyicileri (DDD)'dir. Manik ya da hipomanik atakta ilk seçilecek DDD lityumdur (29). Lityum hem çökkünlükte hem manik dönemde etkilidir. Lityumun antimanik etkisi daha güçlüdür. Lityumun iki uçlu bozukluk çökkünlük döneminde tercih edilme sebebi; duygudurum dengeleyicisi ve antimanik etkilerinin yanı sıra özkıyım önleyici etkinliğine de sahip olmasıdır (125). Akut evredeki agresif davranışlar ve uyku problemleri için DDD'e benzodiazepin ya da antipsikotik (AP) ajanlar eklenebilmektedir (50).

Hafif iki uçlu çökkünlük dönemindeki hastaya ilk aşamada lityum başlanması ya da hasta zaten lityum kullanmaktaysa yeterli kan düzeyi sağlanması önerilmektedir. Lityumun yeterli kan düzeyi sağlandıktan 2-3 hafta sonra hâlâ yeterli yanıt alınamamışsa sağaltıma bir antidepresan ajan (AD) eklenmesi önerilmektedir. Çökkünlük ağır ya da orta derecede ise; ilk aşamada lityum ile AD'ın birlikte başlanabilmektedir. Hastaya AD başlanırken bu grup ilaçların mani ya da hipomaniyi indükleyebileceği de akıl tutulmalıdır. Bu konuda elimizdeki veriler tutarsız olmasına rağmen; sağaltım kılavuzlarında çökkünlük döneminde ilk sağaltım seçenekleri arasında DDD'

si ile birlikte AD kullanımına yer verilmiştir. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri ve buprapionun manik kayma riski düşük olduğu için bu ajanlar ilk aşamada tercih edilmektedir. AD'a devam etme süresine manik kayma ve ilaç kesildikten sonra çökkünlüğün depresme riski göz önünde bulundurulurken karar verilmelidir. Çökkünlük sağaltımında tercih edilebilecek diğer seçenekler ise elektrokonvülsif terapi ve fluoksetin+olanzapin birleşik kullanımındadır (26).

Mani sağaltımında DDD ve AP kullanılabilir. Atipik antipsikotiklerin tümü antimanik etkinliğe sahiptir (17,22). Manik dönemdeki hasta AD kullanıyorsa bu ajan kesilmelidir. Hafif ya da orta şiddetteki manilerde lityum, valproat ya da ikinci kuşak AP kullanılmaktadır. Şiddetli manilerde ise lityum ya da valproat ikinci kuşak AP ile birlikte kullanılıp gerekirse bu ajanlara benzodiyazapin eklenebilmektedir (26). Manik tablo tamamen düzeldikten sonra AP kademeli olarak kesilip DDD'e devam edilmelidir (50). Geçmişte iki uçlu bozukluk tanısı almamış, ilk atağı manik atak olan hastalarda sağaltıma AP ile başlanabilmektedir (126). Akut manide DDD olarak ilk seçenek lityum ve valproat iken, ikinci bir seçenek karbamazepindir (26). Akut mani sağaltımı sırasında birinci kuşak AP tercih edildiyse; klinik belirtiler yatıştıktan 2-6 ay sonra bu ajanların kesilmesi önerilmektedir (17). Yemeğen, içmeyen, dehidratasyon belirtileri ve homisidal davranışları olan, AP'a yanıt vermeyen manik hastalarda tercih edilen diğer bir seçenek de elektrokonvülsif terapi'dir.

Karma özellikli atak sırasında çökkünlük ve elevasyon belirtileri birlikte görülmesine rağmen bu dönemde AD kullanımı önerilmemektedir. Bu atak sırasında DDD olarak önerilen ilk seçenek valproattır. Dirençli hastalarda elektrokonvülsif terapi diğer bir seçenektir (26).

İlerleyen yıllarda yeni atakların oluşmasını önlemek için sürdürüm tedavisi uygulanmalıdır. Daha önceleri; koruyucu sağaltıma başlamak için hastanın 2-3 yıllık bir sürede en az iki epizod geçirmiş olması gerektiği düşünülmekteydi (127). Son yıllarda ise; ne kadar erken koruyucu sağaltıma başlanırsa hasta için o kadar yararlı olduğu belirtilmektedir. Özellikle ailede iki uçlu bozukluk öyküsü olan veya ilk manik epizodu çok ağır seyreden

vakalarda koruyucu tedaviye hemen başlanması önerilmektedir. Lityum, valproat ve karbamezapin sürdürüm tedavisinde sık kullanılan DDD' dir. Lamotrijin de profilaktik bir AD ve potansiyel DDD özelliklerine sahiptir. Lamotrijinin antimanik özelliğine nazaran AD özelliğinin daha üstün olduğu düşünülmektedir. Ancak letal deri döküntüsüne sebep olabildiği için kullanımı sırasında dikkatli olunmalıdır. Koruyucu sağaltıma başlandıktan sonra önemli bir neden olmadıkça bu tedavi kesilmemelidir (17).

### **C. İki Uçlu Bozukluk ve Özkıyım**

Özkıyım davranışı için en riskli psikiyatrik hastalık grubu duygudurum bozukluklarıdır (6-9). Geçmiş yıllarda tek uçlu çökkünlükte iki uçlu bozukluğa göre özkıyım riskinin daha fazla olduğu bildirilmiş olsa da bu durum; iki uçlu bozukluk hastalarının doktora ilk başvuruları sırasında tek bozukluk tanısı almasına bağlanmıştır. Günümüzde ise yaşam boyu özkıyım girişimi oranını iki uçlu bozuklukta daha yüksek olduğu düşünülmektedir (10-14,24,128). Yaşam boyu tamamlanmış özkıyım riskinin iki uçlu bozukluğu olan çökkün kişilerde yaklaşık %15-20; diğer duygudurum bozukluklarında ise %10 olduğu belirtilmiştir (17). Tek uçlu ve iki uçlu bozukluk hastalarının karşılaştırıldığı bir izlem çalışmasında; özkıyım girişimi oranının tek uçlu bozuklukta %9,5, iki uçlu bozuklukta ise %19,9 olduğu saptanmıştır (129). Çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda iki uçlu bozuklukta yaşam boyu özkıyım oranının normal popülasyona göre 20-30 kat daha fazla olduğu, bu oranın 60 kata kadar çıkabildiği, hastaların %10-20'sinin özkıyım sonucu hayatını kaybettiği ve %25-50'sinin yaşamlarının bir döneminde özkıyım girişiminde bulunduğu da bildirilmiştir (15,71,130-132). Bu bilgi duygudurum bozukluğu tanısının tamamlanmış özkıyım girişimi gibi tamamlanmamış özkıyım girişimi açısından da bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.

İki uçlu bozuklukta özkıyım riski; özellikle hastalığın ilk yıllarında daha yüksektir (71). Bu hastalar sıklıkla çökkünlük sırasında özkıyım girişiminde bulunmaktadır. Hastanın depresif dönemde olması gibi; karma özellikli ve psikotik özellikli dönemde olması da özkıyım açısından bir risk



oluşturmaktadır (17,71,129,133,134). Özkıyım düşüncesi bulunan iki uçlu bozukluk hastalarının dönemlerine bakıldığı bir çalışmada; hastaların çoğunun çökkünlükte olduğu, bu hastaları karma dönemde olan hastaların izlediği görülmüştür (134).

İki uçlu bozuklukta uzun süre depresif epizoda maruz kalmak da özkıyım riskini arttırmaktadır. Farklı desende yapılmış çeşitli çalışmalarla bu düşünce desteklenmiştir (135-137). Ayrıca; ailede ya da kendisinde özkıyım öyküsünün olması, belirtilerin şiddetli olması, depresif belirtilerin dirençli olması, hızlı döngülü seyrin olması ve komorbidite durumu da özkıyım riskini arttırmaktadır (36,50,71,93,96,98,100,138).

İki uçlu bozukluk hastaların hastaneye yatış sonrasında en az 22 yıl izlendiği bir çalışmada; yüksek ölüm oranlarının ilaç sağaltımından sonra düştüğü görülmüştür (17). Sağaltımla azalan ölüm oranlarında en fazla payın özkıyım nedeniyle olan ölümlere ait olduğuna da dikkat çekilmiştir (47). Bu sonuç iki uçlu bozuklukta etkin sağaltımla özkıyımın engellenebileceğini göstermesi açısından önemlidir. İki uçlu bozuklukta özkıyım davranışıyla ilgili çeşitli çalışmalar olmasına rağmen hâlâ bu hastalıkta özkıyım girişimi ve tamamlanmış özkıyım ile ilgili risk faktörleri hakkında bildiklerimiz yeterli düzeyde değildir (128). Bu konunun netleşmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

#### **D. İki Uçlu Bozukluk ve İşlevsellik**

Psikiyatrik hastalıkların çoğu kronik seyrlidir. Önerilen tedaviler bir noktadan sonra yetersiz kalabilmektedir. Hastalık hasta ve yakınlarına gerek maddi gerekse duygusal külfete neden olmaktadır. Hastalık süreci hastaların üretkenliklerini, toplumsal katılımlarını ve günlük aktivitelerini etkileyebilmektedir. Bu durumun anlaşılmasıyla yeti yitimi ve işlevsellik kavramları son dönemlerde önem kazanmıştır (50,139,140). Yeti yitimi; bir kişinin normal olarak kabul edilen sınırlarda aktivite gösterme yeteneğindeki kısıtlılık veya sınırlılık olarak tanımlanmıştır (139). Yeti yitimi denildiğinde işlevsellikte bozulma da akla gelmektedir. İşlevsellik kavramı içinde birçok alt

işlevsellik alanını barındırmaktadır. İşlevsellik değerlendirilmesi kapsamında hem sosyal hem ruhsal alan bulunmalıdır. Sosyal alanda ailesel, mesleki ve kişilerarası ilişkiler; ruhsal alanda ise zihinsel, cinsel ve duygusal işlevsellik yer almaktadır (141).

Psikiyatrik belirtiler ve sosyal işlevsellik arasındaki ilişkiyi aydınlatılmak için iki varsayım öne sürülmüştür. Varsayımlardan ilki “genel varsayım” olup bu varsayımda; kişi psikiyatrik hastalık düzeyine ulaşsın ya da ulaşmasın, belirtileri daha şiddetli olanların sosyal işlevsellik açısından daha olumsuz sonuçları gösterdiği savunulmaktadır. İkinci varsayım “hastaya özgüllük varsayımı”dır (142). Bu varsayımda ise; psikiyatrik hastalık düzeyine ulaşanlarda belirtiler ile sosyal işlevsellik düzeyi arasında bir ilişki olduğu savunulmaktadır. Hastaya özgüllük varsayımı iki alt varsayımı kapsamaktadır. Bunlar: “seçici katılım varsayımı” ve “sosyal tepki varsayımı”dır. Seçici katılım varsayımına göre; toplum içinde tedavi gerektiren ya da gerektirmeyen olgular arasındaki farkı sosyal elenme mekanizması belirlemektedir. Bu varsayımda sadece sosyal işlevselliği bozulmuş ve psikiyatrik belirtileri olan olguların psikiyatrik hasta haline geldiği savunulmaktadır. Sosyal tepki varsayımına göre ise; toplumda tedavi gerektiren ve gerektirmeyen kişiler arasındaki fark psikiyatrik hastaların sosyal işlevselliğinin, hastanın kendisi ya da çevresinin istenmeyen tepkileri nedeniyle bozulmasından kaynaklanmaktadır (143). Brewin ve ark. (144) da kronik psikiyatrik hastalığı olanların bakımında ideal bir model geliştirmiştir. Bu modelde ilk aşamada; olguların iyileşme ve kötüleşme alanlarını tanımlanmak için hastanın klinik ve sosyal işlevselliğinin düzenli olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Klinik ve sosyal işlevselliği değerlendirirken de kişisel beceriler, ev işlerini düzenleme, toplu taşıma araçlarını kullanma, karar verebilme, aritmetik beceriler, mesleki beceriler, parayı yönetebilme gibi hususların dikkate alınması gerektiğini savunmuşlar.

İki uçlu bozukluk da çoğu psikiyatrik bozukluklar gibi işlevselliği bozan kronik bir hastalıktır. Krapellin (145); iki uçlu bozukluğu sadece ataklar sırasında işlevsellik kaybına sebep olan bir hastalık olarak tanımlamıştı. Ancak geçmiş yıllardaki düşüncenin aksine günümüzde; atağın ya da kalıntı

belirtilerin iyileşmesine rağmen hastaların premorbid dönemdeki psikososyal işlevsellik düzeyine geri dönemeyebileceği düşünülmektedir (146). Bu görüş birçok çalışmayla da desteklenmiştir (147-152).

Bir gözden geçirme yazısında iki uçlu bozuklukta işlevsellik kusuruna sebep olan faktörler araştırılmıştır. Bu faktörler 13 başlık altında toplanmış ve bu faktörlerin iki uçlu bozuklukta kısır bir döngüye sebep olduğu belirtilmiştir. Bahsi geçen faktörler “entegre model” olarak da anılmaktadır (151). Entegre modeli oluşturan 13 başlık aşağıda sıralanmıştır:

1. İki uçlu bozuklukta genetik; hastalığın başlangıcını, şiddetini ve ilerleyişini belirleyen güçlü bir faktördür.
2. Hastalık belirtileri psikososyal işlevsellik üzerine direkt etkilidir. Tekrarlayan dönemler, dönemler arasında kalıntı belirtilerin varlığı, hastaneye yatış ve komorbidite gibi faktörler psikososyal uyumu bozmaktadır.
3. Tekrarlayan dönemler otonom sinir sistemini ve HPA aksını aşırı uyarma ile strese sebep olmaktadır.
4. Stresin nörotoksik etkisiyle bilişsel işlevlerde zamanla azalma olmaktadır.
5. Bilişsel işlevlerden olan yürütücü işlevlerdeki bozulma psikososyal ihtiyaçları karşılamada güçlüğe neden olmaktadır.
6. Psikososyal ihtiyaçları karşılama yeteneğinin engellenmesiyle bireyin sosyal uyumu bozulduğunda çevresel stresi de artmaktadır.
7. Çevresel stresin artması daha şiddetli bir hastalık tablosuna sebep olmaktadır.
8. Semptomların şiddetlenmesi, sosyal uyumda bozulma ve çevresel stresin artmasına katkıda bulunmaktadır.
9. Çevresel stresin artmasıyla otonom sinir sistemi ve HPA aksı kronik olarak aşırı uyarılmaktadır.
10. Yineleyen psikososyal başarısızlık tecrübeleri; psikososyal ihtiyaçlar hakkında kaygıyı artırmaktadır.

11. Kaygının psikososyal aktiviteler sırasında bilişsel işlevler üzerinde akut etkileri olduğundan dolayı yürütücü işlevler ve dikkatte belirgin bozulma olmaktadır.
12. Bilişsel bozulma sonucunda psikososyal ihtiyaçların karşılanamaması kaygıyı daha da artırmaktadır.
13. Psikososyal işlevsellikteki azalma sonucunda kaygının tetiklenmesi; psikososyal etkinliklerden kaçınmaya sebep olmaktadır.

DSÖ de iki uçlu bozukluğu önemli yeti yitimine sebep olan hastalıklar arasında olduğunu bildirmiştir (48,22). Bir bildiride iki uçlu I bozukluk tanısı ile takip edilen hastaların %80'inde mesleki işlevselliklerinde kısmi bozulma saptandığı belirtilmiştir (153). İlk manik ya da karma atak ile yatışı yapılan hastaların incelendiği bir çalışmada ise hastaların sadece %43'ünün premorbid dönemdeki mesleki işlevsellik düzeyine dönebildikleri belirtilmiştir (154). Başka bir çalışmada ise bu oran %24 olarak bulunmuştur (155). İlk manik nöbetleri psikotik özellikli olup hastanede yatarak sağaltım gören hastalar ile yapılan 2 senelik izlem çalışmasında; hastaların %97'sinin belirtilerinde iyileşme olmasına rağmen sadece %37'sinde işlevsellikte iyileşme görülmüştür (156). Yine bir senelik benzer izlem çalışmasında; hastaların %90'ında sendromal düzeyde iyileşme görülmesine rağmen yaklaşık üçte ikisinin premorbid işlevsellik düzeylerine ulaşamadıkları saptanmıştır (157). Ötimik dönemdeki iki uçlu bozukluk hastaları ile yapılan farklı bir çalışmada ise hastaların %44'ünün psikososyal işlevsellik düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür (158). Bu konuda benzer sonuçlara ulaşmış farklı desenlerdeki daha birçok çalışmaların olduğu da bilinmektedir (149,159-168).

İki uçlu bozukluk hastalarında psikotrop ajan kullanımının psikososyal işlevselliğe etkisini araştıran çalışmalar da vardır. Artan psikotrop ajan miktarı psikososyal işlevsellikte bozulma ile ilişkilendirmektedir (158). Araştırmalar bu hastalıkta psikososyal işlevselliği olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlere de dikkat çekmiştir. Bu faktörler arasında; toplam atak sayısı, komorbidite durumu, hastanede yatış sayısı, psikotik özellikli atak ve eşik altı çökkünlük

belirtilerin varlığı, ilaç yan etkileri, premorbid işlevselliğin kötü ve başlangıç yaşının erken olması gibi maddeler yer almaktadır (156,169-179).

Çalışmalar iki uçlu bozukluğun psikososyal işlevsellikte düşüşe sebep olduğuna işaret etse de aralarında tutarsızlıklar olduğu da dikkati çekmektedir. Bu durum; sonucu etkileyebilecek birçok faktörün ekarte edilememesi, tanı kriterlerine dikkat edilmemesi, eşik altı belirtileri olan olguların çalışmaya dâhil edilmesi, işlevsellik düzeyinin alt parametreleri incelenmeksizin genel ortalama puanının dikkate alınması, kullanılan ölçüm araçlarının birbirinden farklı ve nesnel olarak doldurulan özbildirim anketi olması gibi faktörlere bağlanmaktadır. Sonuç olarak bu konuda net sonuçlar elde edebilmek ve konunun aydınlatılabilmesi için daha fazla bilimsel çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (142,149,151,158,164,169,178,180).

Eldeki verilerde tutarsızlık olsa da; aslında iki uçlu bozuklukta işlevsellik düzeyinde kayıpların olduğu, mevcut tedavilerin işlevsellik düzeyini artırmada yetersiz kaldığı ve semptomların düzelmesi ile psikososyal işlevsellikteki iyileşmenin eş anlamlı olmadığı açıkça görülmektedir (151).

### **E. İki Uçlu Bozukluk ve Umutsuzluk**

Umutsuzluk; özkıyım düşüncesi ve davranışıyla yakından ilişkilidir. Bireyin özkıyımı; umutsuzluk hisleri için çıkış yolu olarak gördüğü düşünülmektedir. Umutsuzluk düzeyi sosyoekonomik düzey ve hastalığa yönelik farkındalıkla da ilişkili gibi gözükmemektedir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olanlara göre yüksek olan kişilerin; iş beklentilerinin daha yüksek olduğu, bu durumun da kişiler tarafından işlevsellik kaybı olarak algılandığı ve umutsuzluk düzeylerinde artışa sebep olduğu düşünülmektedir. Özkıyım riski olan bireylerde geleceğe yönelik umutsuzluk çok yönlü bir durumdur. Özkıyım açısından; geleceğe yönelik olumlu düşünmede eksikliğinin, geleceğe yönelik olumsuz düşüncelerin var olmasından daha önemli olduğu sanılmaktadır (181). Cinsiyet de umutsuzluk düzeyini etkileyebilmektedir. Bir çalışmada özkıyım düşüncesi ile umutsuzluk arasındaki ilişkinin kadınlarda

daha belirgin olduğu bildirilmiştir. Ancak bu görüşün tersi sonuçların elde edildiği çalışmalar da vardır (182,183).

Özkıyım girişiminde bulunmuş kişilerin umutsuzluk puanlarının yüksek olduğuna dikkat çeken çeşitli çalışmalar vardır. Bazı çalışmalarda özkıyım dşnencesiyle ilişkili değişkenler arasındaki en önemli faktörün umutsuzluk olduğu bildirilmiştir (182,184-186). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise; umutsuzluk düzeyinin en yüksek olduğu grubun özkıyım girişiminde bulunmuş hastalar olduğu ve bu grubu çökkünlük hastalarının izlediği bildirilmiştir (187). Başka bir çalışmada ise hem çökkünlüğün hem de umutsuzluğun özkıyım eylemi ile ilişkili olduğu ancak; umutsuzluk faktörü çıkarıldığında çökkünlük ile özkıyım eğilimi arasındaki ilişkinin kaybolduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada çökkünlük faktörü ekarte edildiğinde ise bu ilişkinin hâlâ devam ettiği belirtilmiştir. Bu sonuç; çökkünlük ile özkıyım arasındaki ilişkinin umutsuzluk ile özkıyım eğilimi arasındaki ilişkiye bağlı olduğunu düşündürmektedir.

İki uçlu bozukluk da umutsuzluk gibi özkıyım dşnencesi, girişimi ve davranışı açısından önemli bir risk faktörüdür (188-194). Hem iki uçlu bozukluk hem de umutsuzluğun özkıyım açısından risk faktörü olduğunu düşünüldüğünde, iki uçlu bozuklukta umutsuzluğun özkıyım dşnencesine daha çok sebep olabileceği akla gelmektedir. Umutsuzluğun zkıyım davranışıyla ilişkisi birçok araştırmada incelenmesine rağmen; bu ilişkiyi iki uçlu bozukluk hastalarında inceleyen çalışma sayısı görece azdır.

İki uçlu bozuklukta farklı epizodların farklı düzeylerde umutsuzluğa sebep olmaktadır. Bir prospektif çalışmada hastaların umutsuzluk düzeyinin depresif ve karma özellikli dönemde daha yüksek; ötimik ve manik/hipomanik dönemde ise daha düşük olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada umutsuzluk; çökkünlük, kaygı belirtileri, komorbid kişilik bozukluğunun olması ve elevasyon semptomlarının olmamasıyla da ilişkilendirilmiştir. Aynı zamanda; umutsuzluğun iki uçlu bozuklukta ki özkıyım davranışı açısından risk oluşturduğu sonucuna da varılmıştır (195). Benzer Şekilde zkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış iki uçlu bozukluk hastalarıyla yapılan

başka bir çalışmada da umutsuzluk özkıyım girişimi ve özkıyım düşüncesiyle ilişkilendirilmiştir (196).

## **F. İki Uçlu Bozukluk ve Sosyal İşlevsellik**

Sosyal işlevsellik; kişinin diğer kişilerle arasındaki ilişki tasarımlarını yapılandırabilme ve sosyal davranışları yönlendirebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Psikiyatrik bozukluklar bireylerin sosyal işlevselliğinde düşmeye sebep olabilmektedir. Sosyal işlevselliğin değerlendirildiği çeşitli çalışmalarda iki uçlu bozukluk hastalarının sosyal işlevselliğin düşük olduğu saptanmıştır. İki uçlu bozuklukta atak sonrasında bile çoğu hastanın hastalık öncesi işlevsellik düzeyine dönemediği bilinmektedir (153,161,197). Sosyal işlevsellikte bozulma da genel işlevsellik düzeyinde kısıtlılığa neden olmaktadır. Bu durum bize klinik iyileşmenin işlevsellikte düzelmeye eş anlamlı olmadığını göstermektedir (198-200).

Sosyal işlevselliğin klinik özellikler ve sosyodemografik faktörler gibi çeşitli etmenlerden etkilendiği tahmin edilmektedir (156,169-179). Sık duygudurum dönemi geçirme ve hastaneye yatış hastalar için stres kaynağı olmaktadır. Bu durum da devam etmekte olan eğitim sürecinde, mesleki işlevsellikte ya da sosyal uyumda bozulmaya sebep olabilmektedir (167,201). Bu faktörler birlikte düşünüldüğünde psikososyal zorlukların özkıyım olasılığını artırabileceği düşünülebilir. Ancak; iki uçlu bozuklukta özkıyım girişiminin olup olmamasıyla sosyal uyum düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen yeterli sayıda araştırma bulunmamaktadır. Bu konuda yapılacak olan araştırmalar özkıyım girişiminde bulunmuş olma faktörünün sosyal uyumla nasıl bir ilişki içinde olduğunu ortaya koymaya yardımcı olacaktır.

## **G. İki Uçlu Bozukluk ve Kaygı**

İki uçlu bozuklukta kaygı bozukluğu komorbiditesi ile sık karşılaşılmaktadır (71,80). Yukarıda ayrıntılı olarak açıklanan entegre modelde de iki uçlu bozukluk ile kaygı arasındaki ilişkiye değinilmiştir. Daha önce de bahsettiğimiz gibi; iki uçlu bozukluk psikososyal açıdan işlevsellikte

bozulmaya sebep olmaktadır (145). İşlevsellikte bozulma; çevresel stresin artmasına katkıda bulunmaktadır. Çevresel stresin artmasıyla otonom sinir sistem ve HPA aksta kronik olarak aşırı uyarılmaya sebep olmaktadır. Sonuçta bu hastalarda yineleyen psikososyal başarısızlıklar psikososyal ihtiyaçlar hakkında kaygıyı artırmaktadır. Kaygı da bilişsel işlevleri olumsuz etkilemektedir. Bilişsel bozulma sonucunda psikososyal ihtiyaçların karşılanamaması ise hastalardaki kaygı düzeyini daha da artırmaktadır (152).

İki uçlu bozuklukta kaygı belirtilerinin olması özkıym riskini artırmaktadır. Birçok çalışmada iki uçlu bozuklukta kaygı bozukluğu komorbiditesi ya da kaygı belirtileri varlığının özkıym olasılığını daha fazla artırdığı gösterilmiştir (134,202-208). İki uçlu bozuklukta kaygı belirtileri dikkat edilmesi gereken bir parametredir. Özkıym ile ilişkili tüm faktörler gibi kaygı belirtileri de bu hastalarda ayrıntılı olarak sorgulanmalı ve var olması halinde özenle tedavi edilmelidir.



## GEREÇ VE YÖNTEM

### A. Olgular

Çalışma grubu 16.01.2016-02.05.2016 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniklerindeki takiplerine rutin olarak gelen, DSM-V tanı ölçütlerine göre “İki Uçlu Bozukluk” tanı kriterlerini karşılayan, remisyonda ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan oluşturulmuştur. Çalışmamıza 93 iki uçlu bozukluk hastası alınmıştır. Hastalar kesitsel olarak bir kez değerlendirilmiş ve özkıyım girişiminde bulunup bulunmamalarına göre iki farklı gruba ayrılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden her hasta, araştırmanın amacı ile ilgili hem sözel olarak bilgilendirilmiş hem de yazılı materyal (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’nca onaylanmış olan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu”) okutulmuştur. Çalışma ile ilgili etik kurul onayı 22.12.2015 tarihinde 2015–22/10 karar numarası ile alınmıştır.

#### A.1. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Çalışmamıza; 18-65 yaş arası, verilen form ve ölçeklerdeki yönergeleri anlayabilecek, araştırma protokülüne uyum sağlayabilecek zihinsel ve fiziksel yeterliliğe sahip, iki uçlu bozukluk tanısı ile takip edilen gönüllüler alınmıştır.

#### A.2. Çalışmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

Ölçeklerin uygulanmasına engel bir durumu bulunan (okuma yazması olmayan), organik beyin patolojisi olan, madde ve alkol kötüye kullanım/bağımlılığı olan, zekâ geriliği bulunan, benzodiyazepin türevi ajan kullanan, psikotik spektrumdaki bir hastalık öyküsü olan ve gönüllü olmayan hastalar çalışmaya alınmamıştır.

#### A.3. Uygulanan Form ve Ölçekler

Hastaların ötimik olduğunu belirleyebilmek amacıyla; hastalara depresif belirtilerin değerlendirilmesi için Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği (HAM-D), elevasyon belirtilerinin değerlendirilmesi için

ise Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) uygulanmıştır (Ek-2, 3). HAM-D'den 7 veya altında, YMDÖ'den 8 veya altında puan alması halinde iyilik halinde olduğu kabul edilen hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılan tüm gönüllülerin sosyodemografik bilgileri sosyodemografik veri formu (SVF) doldurularak alınmıştır (Ek-1). Ayrıca hastalara Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DKE-SKE), Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ), Kısa İşlevsellik Düzeyi Ölçeği (KİDO) ve İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ) de uygulanmıştır (Ek-4,5,6,7,8).

### **A.3.1. Sosyodemografik Veri Formu (SVF, Ek-1)**

Tarafımızca hazırlanan bu form 20 maddeden oluşmaktadır. SVF ile kişilerin temel sosyodemografik özellikleri ve hastalığıyla ilgili klinik bilgileri; bozukluk başlangıç yaşı, hastalık süresi, toplam dönem sayısı, manik-hipomanik dönem sayısı, depresif dönem sayısı, karma özellikli dönem sayısı, psikotik özellikli dönem sayısı, hastanede yatış sayısı, halen kullanmakta olduğu psikotrop ajan/lar, geçmişte intihar girişimin olup olmadığı, intihar girişimi oldu ise sayısı, 1. derece akrabalarında iki uçlu bozukluk tanısı almış bireyin olup olmaması, ek psikiyatrik hastalığının olup olmaması ve ek psikiyatrik hastalığı varsa bu hastalığının tanısı bilgileri edinilmiştir.

### **A.3.2. Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği (HAM-D, Ek-2)**

Hamilton ve ark. (209) tarafından klinik araştırma amaçlı geliştirilmiştir. Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Aydemir ve ark. (210) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada yapılandırılmış bir görüşmesi olan 17 maddelik versiyonu kullanılmıştır. Ölçeğin dokuz maddesi 0-4, sekiz maddesi 0-2 puan aralığında değerlendirilmektedir. En yüksek puan 53'tür. Bu ölçek hastaların depresyon düzeyinin saptanmasında kullanılan bir ölçek olup tanı koymak için kullanılmamaktadır.

### **A.3.3. Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ, Ek-3)**

Young ve arkadaşları (211) tarafından manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik geliştirilen bir ölçektir. Türkçe sürümünün

güvenirlilik ve geçerlilik çalışması Karadağ ve ark. (212) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin yedi maddesi beşli likert tipinde ve dört maddesi ise dokuzlu likert tipindedir. Bu ölçek klinisyen tarafından hastalarla görüşme sırasında üzerine işaretlenerek doldurulmaktadır. Ölçeğin toplam puanı, her bir maddeden elde edilen puanların toplanması ile hesaplanmaktadır. Bu ölçek tanı koymak için kullanılmamaktadır.

#### **A.3.4. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ, Ek-4)**

Bosc ve ark. (213) tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. Akkaya ve ark. (214) tarafından 2008 yılında Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Toplamda 21 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçek ile sosyal işlevselliğin dört ana alanını (iş, boş vakit, aile, çevreyi düzene koyma ve onunla baş etme yeteneği) sorgulanmaktadır. 1. ve 2. maddelerinden biri meslek durumuna göre doldurulur. Her kişi 0-3 puan aralığında değerlendirilen 20 maddeye cevap verir. Her bir maddeden alınan puan toplanarak toplam puan hesaplanır. Ölçeğin puan aralığı 0-60 arasındadır. Alınan puanın yüksek olması bireyin sosyal uyum düzeyinin iyi olduğu anlamına gelmektedir. Kişinin normal bir işlevselliğe sahip olabilmesi için en az 35 puan alması gerekli görülmektedir. Kişinin 25 puanın altında bir puan alması durumunda sosyal işlevselliğinde sorun olduğu düşünülmektedir.

#### **A.3.5. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ, Ek-5)**

Beck ve ark. (39) tarafından 1974 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği 1993 yılında Seber ve ark. (215) tarafından yapılmıştır. Ölçekte geleceğe yönelik cümleler bulunmaktadır ve öz bildirim şeklinde uygulanmaktadır. Bu cümleler sayesinde kişinin gelecek ile ilgili duygu ve düşünceleri değerlendirilmektedir. Gönüllülerden; kendilerine uygun olan cümleler için "evet", uygun olmayan cümleler için "hayır" ifadesini işaretlemesi istenmektedir. Ölçek toplamda 20 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0-1 arasında puanlandırılmaktadır. Alınan puanların yüksek olması bireyin umutsuzluğunun yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

### **A.3.6. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDO, Ek-6)**

Rosa ve ark. (216) tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve Uykur (217) tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Ölçek hastaların son 15 günlük işlevselliği göz önünde bulundurulurken uygulanmaktadır. Bu ölçek ile 6 farklı alt işlevsellik alanı (özerklik, mesleki, bilişsel, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman aktiviteleri) ölçülmektedir. Ölçek toplam puan ile birlikte alt işlevsellik alanlarına özgü puanlar da vermektedir. Toplamda 24 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 0 ile 3 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçeğin puan aralığı 0 ile 72 arasındadır. Alınan puanın yüksek olması bireyin psikososyal işlevselliğinin kötü olduğu anlamına gelmektedir. Toplamda 11'in üzerinde puan alınmış olması önemli bir işlevsellik kaybına işaret etmektedir.

### **A.3.7. İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDO) (Ek-7)**

Levin (218) tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dilbaz ve ark. (219) tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Toplamda 17 maddeden oluşmaktadır. Kişideki intihar düşüncesinin şiddetini ve girişimle ilgili bilgileri saptamaya yönelik bir ölçektir. Ölçek kontrol edilemeyen öfke, kendine veya başkalarına zarar verme isteği, kendilik saygısında azalma, suçluluk duygusu, yavaş düşünme, yavaş konuşma ve depresyon gibi intihar girişimi riskini artıran parametreleri içermektedir. Kişinin; kendisine uygun olan cümleler için "evet", uygun olmayan cümleler için "hayır" ifadesini işaretlemesi istenmektedir. Ölçeğin puan aralığı 0 ile 17 arasındadır. Alınan yüksek puan belirgin intihar düşüncesinin varlığı anlamına gelmektedir.

### **A.3.8. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DKE-SKE, Ek-8)**

Spielberger ve ark. (220) tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte (221) tarafından 1985 yılında yapılmıştır. Toplamda 40 maddelik bir öz değerlendirme ölçeğidir. Her biri 20 maddeden oluşan iki ayrı alt ölçeği vardır. DKE bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini; SKE ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak genelde kendisini nasıl hissettiğini değerlendiren bir envanterdir. Envanterdeki

maddelerin doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Kişilerden okudukları ifadelerin kendilerine yakınlık derecesine göre 'hiç', 'biraz', 'çok' ya da 'tamamiyle' seçeneklerini işaretlemesi beklenmektedir. Her iki ölçekten de alınan puan 20 ile 80 arasında değişmektedir. Alınan yüksek puan bireyin kaygı seviyesinin fazla, düşük puan ise kaygı seviyesinin az olduğu anlamına gelmektedir.

## **B. İstatistiksel Analiz**

Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler normal dağılıma uygunluk göstermeyenlerde medyan, minimum ve maksimum değerleri belirtilmiştir. Katagorik değişkenler için tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde (frekans tabloları) olarak verilmiştir. Sürekli değişkenlerin bağımsız grup karşılaştırmalarında normal dağılıma uygunluk göstermeyen veriler için ikiden çok bağımsız grup olduğunda Kruskal-Wallis testi ve iki bağımsız grup olduğunda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testi sonrasında anlamlı çıkanları Mann Whitney U testiyle ikili karşılaştırılması yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi ve Fisher Exact testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki normal dağılıma uygunluk göstermediği için Spearman sıra korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics for Windows Version 22.0 paket programında yapılmıştır. Analizlerde p değerinin 0,05'in altında olması anlamlı olarak kabul edilmiştir.

## BULGULAR

### A. Özkıyım Girişiminde Bulunmuş ve Bulunmamış Gönüllülerin Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

Çalışmamıza 18-65 yaş arasında olan toplam 93 iki uçlu bozukluk hastası dâhil edildi. Bunlardan 31 kişi özkıyım girişiminde bulunmuş hasta grubunu, 62 kişi ise özkıyım girişiminde bulunmamış hasta grubunu oluşturdu. Özkıyım girişiminde bulunmuş olan gönüllülerden; 20 kişinin 1 kez, 6 kişinin 2 kez, 5 kişinin ise 3 ve üzeri sayıda özkıyım girişiminde bulunduğu tespit edildi.

Gönüllülerin %58,1'i (n=54) kadınlardan ve %42,9'u (n=39) erkeklerden oluşmaktaydı. Özkıyım girişiminde bulunmamış grubun %54,8'i (n=34) kadınlardan ve %45,2'i (n=28) erkeklerden; özkıyım girişiminde bulunmuş grubun ise %64,5'i (n=20) kadınlardan ve %35,5'i (n=11) erkeklerden oluştuğu görüldü (Tablo-1). Gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık tespit edilemedi ( $p=0,504$ ).

Çalışmamıza katılan tüm gönüllülerin yaş ortalaması  $46,01\pm 11,37$  olarak bulundu. Özkıyım girişiminde bulunmuş gönüllülerin yaş ortalaması  $44,55\pm 12,18$  iken, özkıyım girişiminde bulunmamış gönüllülerin yaş ortalaması ise  $46,74\pm 10,97$  idi. İki grup arasında yaş açısından anlamlı farklılık tespit edilemedi ( $p=0,493$ ).

Çalışmaya katılan tüm gönüllülerin %23,7'sinin (n=22) bekâr, %67,7'sinin (n=63) evli ve %8,6'sının (n=8) dul ya da boşanmış olduğu saptandı. Bekâr, evli, dul ya da boşanmışların oranı sırasıyla özkıyım girişiminde bulunmuş grupta %25,8 (n=8), %64,5 (n=20) %9,7 (n=3) iken; bu oranların özkıyım girişiminde bulunmamış grupta %22,6 (n=14), %69,4 (n=43), %8,1 (n=5) olduğu görüldü. Gruplar arasında medeni durum açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi ( $p=0,894$ ). Tablo-1'de geçmişte özkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış gönüllülerin medeni durum açısından yüzde değerleri verilmiştir.

Olguların iki tanesi okuryazar olup ilkokulu bitirmemiş olduğu ve iki kişinin istatistiği anlamsız olacağı için bu iki gönüllü ilkokul mezunları ile birlikte aynı grupta değerlendirildi. Bu grup okuryazar olma ve/veya ilkokul mezunu olarak yeniden adlandırıldı. Özkıyım girişimi olup olmamasına göre eğitim düzeyi açısından anlamlı farklılık tespit edilemedi ( $p=0,91$ ). Tablo-1'de özkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış gönüllülerin eğitim düzeyi açısından yüzde değerleri verilmiştir.

Çalışmamıza katılan gönüllüler arasında bir kişi ğrenciydi. Bir kişinin istatistiği anlamsız olacağı için ğrenci olan gönüllü, işsiz grubuna dâhil edildi. Özkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış gönüllüler arasında meslekleri açısından anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ( $p=0,031$ ). Özkıyım girişimi olan grupta en fazla oranın emeklilerin oluşturduğu görüldü. Tablo-1'de özkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış gönüllülerin meslek katagorileri açısından yüzde değerleri verilmiştir.

**Tablo-1: Özkıyım girişimi öyküsüne göre sosyodemografik verileri**

		Özkıyım girişimi olanlar %(n)	Özkıyım girişimi olmayanlar %(n)	Tüm gönüllüler %(n)	P*
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	%64,5 (n=20)	%54,8 (n=34)	%58,1 (n=54)	0,504
	<b>Erkek</b>	%35,5 (n=11)	%45,2 (n=28)	%42,9 (n=39)	
<b>Medeni durum</b>	<b>Bekâr</b>	% 25,8 (n=8)	%22,6 (n=14)	%23,7 (n=22)	0,894
	<b>Evli</b>	%64,5 (n=20)	%69,4 (n=43)	%67,7 (n=63)	
	<b>Dul/boşanmış</b>	%9,7 (n=3)	%8,1 (n=5)	%8,6 (n=8)	
<b>Eğitim düzeyi</b>	<b>Okuryazar/ ilkokul mezunu</b>	%38,7 (12)	%19,4 (12)	%25,8 (24)	0,91
	<b>Ortaokul mezunu</b>	%16,1 (5)	%11,3 (7)	%12,9 (12)	
	<b>Lise mezunu</b>	%29,0 (9)	%32,3 (20)	%31,2 (29)	
	<b>Üniversite mezunu</b>	%16,1 (5)	%37,1 (23)	%30,1 (28)	
<b>Meslek</b>	<b>İşsiz</b>	%12,9 (4)	%1,6 (1)	%5,4 (5)	0,031
	<b>Ev hanımı</b>	%32,3 (10)	%27,4 (17)	%29,0 (27)	
	<b>Memur</b>	%0,0 (0)	%17,7 (11)	%11,8 (11)	
	<b>İşçi</b>	%9,7 (3)	%14,5 (9)	%12,9 (12)	
	<b>Serbest meslek</b>	%9,7 (3)	%11,3(7)	%10,8 (10)	
	<b>Emekli</b>	%35,5 (11)	%27,4 (17)	%30,1 (28)	

\*p<0,05: istatistiksel olarak anlamlı

## **B. Özkıyım Girişiminde Bulunmuş ve Bulunmamış Gönüllülerin Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması**

Çalışmamıza katılan tüm gönüllülerin hastalık başlangıç yaşı ortalaması 27,56±10,59 olarak bulundu. Özkıyım girişiminde bulunmuş gönüllülerde hastalık başlangıç yaş ortalaması 27,71±12,67 iken, özkıyım girişiminde bulunmamış gönüllüler de 27,48±9,35 idi (Tablo-2). Gruplar arasında hastalık başlangıç yaşı açasından anlamlı farklılık tespit edilemedi (p=0,576).



Çalışmaya katılan tüm gönüllülerin hastalık süresi ortalaması  $18,52 \pm 10,75$  yıldır. Bu sürenin; özkıyım girişiminde bulunmuş grupta  $16,58 \pm 10,26$  yıl, özkıyım girişiminde bulunmamış grupta ise  $19,48 \pm 10,93$  yıl olduğu görüldü (Tablo-2). Gruplar arasında hastalık süresi açısından anlamlı farklılık tespit edilemedi ( $p=0,237$ ).

Çalışmaya katılan tüm gönüllülerin toplam dönem sayısı ortalaması  $8,77 \pm 7,34$  idi. Toplam dönem sayısı ortalamasının özkıyım girişiminde bulunmuş gönüllülerde  $10,35 \pm 8,20$ , özkıyım girişiminde bulunmamış gönüllülerde  $7,98 \pm 6,80$  olduğu görüldü (Tablo-2). Gruplar arasında toplam dönem sayısı açısından anlamlı farklılık tespit edilemedi ( $p=0,134$ ).

Çalışmaya katılan tüm gönüllülerin manik/hipomanik dönem sayısı ortalaması  $5,52 \pm 4,43$  idi. Bu değer özkıyım girişiminde bulunmuş gönüllülerde  $6,35 \pm 5,23$ ; özkıyım girişiminde bulunmamış olanlarda ise  $5,10 \pm 3,96$  olduğu görüldü (Tablo-2). Gruplar arasında manik/hipomanik dönem sayısı açısından anlamlı farklılık tespit edilemedi ( $p=0,349$ ).

Çalışmaya katılan tüm gönüllülerin depresif dönem sayısı ortalaması  $3,17 \pm 4,15$  idi. Bu değer özkıyım girişiminde bulunmuş gönüllülerde  $3,97 \pm 4,62$ , özkıyım girişiminde bulunmamış olanlarda ise  $2,77 \pm 3,87$  olduğu görüldü (Tablo-2). Gruplar arasında depresif dönem sayısı açısından anlamlı farklılık tespit edilemedi ( $p=0,106$ ).

Karma özellikli dönem sayısı; hiç karma özellikli atak geçirmemiş olan, 1 kez atak geçiren, 2 kez atak geçiren, 3 ve üzeri sayıda atak geçiren olmak üzere dört farklı katagoride incelendi. Gruplar arasında karma özellikli dönem sayısı açısından anlamlı farklılık tespit edilemedi ( $p=0,861$ ). Tablo-3'de özkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış gönüllülerin geçirilmiş karma özellikli dönem sayısı katagori yüzdeleri verilmiştir.

Çalışmaya katılan tüm gönüllülerin psikotik özellikli dönem sayısı ortalaması  $2,95 \pm 4,01$  idi. Bu değer özkıyım girişiminde bulunmuş gönüllülerde  $3,52 \pm 4,88$ ; özkıyım girişiminde bulunmamış olanlarda ise  $2,66 \pm 3,51$  olduğu görüldü (Tablo-2). Gruplar arasında psikotik özellikli dönem sayısı açısından anlamlı farklılık tespit edilemedi ( $p=0,444$ ).

Çalışmaya katılan tüm gönüllülerin hastaneye yatış sayısı ortalaması  $1,87 \pm 1,96$  idi. Bu değer in özkıyım girişiminde bulunmuş gönüllülerde  $2,19 \pm 2,31$ , özkıyım girişiminde bulunmamış olanlarda ise  $1,71 \pm 1,75$  olduğu görüldü (Tablo-2). Gruplar arasında hastanede yatış sayısı açısından anlamlı farklılık tespit edilemedi ( $p=0,301$ ).

Gönüllülerin kullanmakta olduğu psikotrop ajanlar; sadece DDD, sadece AP, DDD+AD, DDD+AP ve DDD+AD+AP kullananlar olmak üzere beş farklı katagoride sınıflandırdı. Gruplar arasında kullanmakta oldukları psikotrop ajanlar açısından anlamlı farklılık tespit edilemedi ( $p=0,211$ ). Gönüllülerin kullanmakta oldukları psikotrop ajanların katagori yüzdeleri Tablo-3'de verilmiştir.

Gönüllülerin %20,4'ünde 1. derece akrabalarında iki uçlu bozukluk tanısı olan yakın/yakınları vardı. Bu oran in özkıyım girişiminde bulunmuş grupta %25,8, özkıyım girişiminde bulunmayanlarda ise %17,7 olduğu saptandı. İki grup arasında 1. derece akrabalarında iki uçlu bozukluk tanılı birey/bireyler olup olmaması açısından anlamlı bir farklılık tespit edilemedi ( $p=0,363$ ). Özkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış gönüllülerin 1. derece akrabaları arasında iki uçlu bozukluk tanısına sahip birey/bireylerin olup olmamasına açısından katagori yüzdeleri Tablo-3'de verilmiştir.

Gönüllülerin %30,1'nde psikiyatrik hastalık komorbiditesi vardı. Bu değer in özkıyım girişiminde bulunmuş grupta %38,7, özkıyım girişiminde bulunmamış grupta ise %25,8 olduğu görüldü. İki grup arasında psikiyatrik hastalık komorbiditesi açısından anlamlı farklılık tespit edilemedi ( $p=0,201$ ). Özkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış gönüllülerde ek psikiyatrik hastalığının olup olmamasına göre katagori yüzdeleri Tablo-3'de verilmiştir.

**Tablo-2: Özkıyım girişimi öyküsüne göre klinik özellikler-1**

	Özkıyım girişimi olanlar	Özkıyım girişimi olmayanlar	Toplam	P*
Başlangıç yaşı	27,71±12,67	27,48±9,35	27,56±10,59	0,576
Hastalık süresi	16,58±10,26	19,48±10,93	18,52±10,75	0,237
Toplam dönem sayısı	10,35±8,20	7,98±6,80	8,77±7,34	0,134
Manik/hipomanik dönem sayısı	6,35±5,23	5,10±3,96	5,52±4,43	0,349
Depresif dönem sayısı	3,97±4,62	2,77±33,87	3,17±4,15	0,106
Psikotik özellikli dönem sayısı	3,52±4,88	2,66±3,51	2,95±4,01	0,444
Hastanede yatış sayısı	2,19±2,31	1,71±1,75	1,87±1,96	0,301

\*p<0,05: istatistiksel olarak anlamlı, veriler ortalama±standart sapma olarak verilmiştir.

**Tablo-3: Özkıyım girişimi öyküsüne göre klinik özellikler-2**

		Özkıyım girişimi olanlar %(n)	Özkıyım girişimi olmayanlar %(n)	Toplam %(n)	P*
Karma özellikli dönem sayısı	0	%61,3 (19)	%69,4 (43)	%66,6 (62)	0,861
	1 kez	%16,1 (5)	%12,9 (8)	%14,0 (13)	
	2 kez	%9,7 (3)	%8,1 (5)	%8,6 (8)	
	3 ve üzeri	%12,9 (4)	%9,7 (6)	%10,8 (10)	
Kullandığı tedavi durumu	DDD	%12,9 (4)	%24,2 (15)	%20,4 (19)	0,211
	DDD+AD	%9,7 (3)	%4,8 (3)	%6,5 (6)	
	DDD+AP	%58,1 (18)	%54,8 (34)	%55,9 (52)	
	DDD+AP+AD	%6,5 (2)	%12,9 (8)	%10,8 (10)	
	AP	%12,9 (4)	%3,2 (2)	%6,5 (6)	
1.derece yakınlarında İUB öyküsü	Özellik var	%25,8 (8)	%17,7 (11)	%20,4 (19)	0,363
	Özellik yok	%74,2 (23)	%82,3 (51)	%79,6 (74)	
Ek psikiyatrik hastalık	Var	%38,7 (12)	%25,8 (16)	%30,1 (28)	0,201
	Yok	%61,3 (19)	%74,2 (46)	%69,9 (65)	

\*p<0,05: istatistiksel olarak anlamlı, İUB: iki uçlu bozukluk, DDD: sadece duygudurum düzenleyici ajan/lar kullanan, DDD+AD: en az bir tane duygudurum düzenleyici ile en az bir tane antidepresan kullanan, DDD+AP: en az bir tane duygudurum düzenleyici ile en az bir tane antipsikotik kullanan, DDD+AP+AD: en az bir tane duygudurum düzenleyici, en az bir

tane antipsikotik ve en az bir tane antidepresan kullanan, AP: sadece antipsikotik ajan/lar kullanan.

Çalışmamıza katılan gönüllülerden, geçmişte özkıyım girişiminde bulunmuş olup olmamasına bakılmaksızın 27'sinin ek psikiyatrik hastalığının olduğu görüldü. Ek psikiyatrik hastalığı olan gönüllülerden 12'si Takıntı-Zorlantı Bozukluğu, 10'u Yaygın Kaygı Bozukluğu, 1'i Panik Bozukluğu, 2'si Takıntılı-Zorlantılı Kişilik Bozukluğu, 2'si Toplumsal Kaygı Bozukluğu olduğu tespit edildi. Yeterli kişi sayısına ulaşamadığı için gruplar arasında ek psikiyatrik hastalık tanısı açısından karşılaştırma yapılamadı.

### **C. Özkıyım Girişimi Öyküsünün İşlevsellik, Umutsuzluk, İntihar Düşüncesi, Sosyal Uyum ve Anksiyete Üzerine Etkileri**

Her iki grupta KİDÖ puanlarına bakıldığında; hem KİDÖ toplam puanı hem de tüm alt işlevsellik alanları puanlarının özkıyım girişiminde bulunmuş grupta bulunmamış gruba göre daha yüksek olduğu saptandı. İki grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi ( $p<0,001$ ). Gönüllülerin KİDÖ genel ve tüm alt işlevsellik alanları ortalama puanları ile standart sapma değerleri tablo-4'te verilmiştir.

**Tablo-4:** Özkıyım girişimi öyküsüne göre psikosoyal işlevsellik

	Özkıyım girişimi olanlar		Özkıyım girişimi olmayanlar		P*
	X	Sd	X	Sd	
<b>KİDÖ Toplam değer</b>	25,29	9,50	6,42	5,28	<0,001
<b>Özerklik</b>	3,42	2,75	0,50	0,93	<0,001
<b>Mesleki işlevsellik</b>	5,45	3,23	1,53	1,97	<0,001
<b>Bilişsel işlevsellik</b>	6,81	3,04	1,89	1,72	<0,001
<b>Mâli konular</b>	1,48	1,65	0,19	0,67	<0,001
<b>Kişilerarası ilişkiler</b>	5,48	2,55	1,68	1,49	<0,001
<b>Boş zaman etkinlikleri</b>	2,74	1,39	0,66	0,88	<0,001

\* $p<0,05$ : istatistiksel olarak anlamlı, X: ortalama puan Sd: standart sapma, KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği.

İki grup BUÖ puanı açısından karşılaştırıldığında; özkıyım girişiminde bulunmuş grubun bulunmamış gruba göre daha yüksek puan aldığı saptandı. Gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edildi ( $p<0,001$ ). Gönüllülerin BUÖ ortalama puanı ve standart sapma değerleri tablo-5’de verilmiştir.

İki grup İDÖ puanı açısından karşılaştırıldığında; özkıyım girişiminde bulunmuş grubun bulunmamış gruba göre daha yüksek puan aldığı saptandı. Gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. ( $p<0,001$ ). Gönüllülerin İDÖ ortalama puanı ve standart sapma değerleri tablo-5’de verilmiştir.

İki grup SUKDÖ puanı açısından karşılaştırıldığında; özkıyım girişiminde bulunmamış gönüllülerin bulunmuş gönüllülere göre daha yüksek puan aldığı saptandı. Gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edildi ( $p<0,001$ ). Gönüllülerin SUKDÖ ortalama puanı ve standart sapma değerleri tablo-5’de verilmiştir.

İki grup DKE-SKE puanları açısından karşılaştırıldığında; gruplar arasında hem DKE hem de SKE puanı açısından anlamlı farklılık tespit edildi (sırasıyla;  $p=0,006$ ,  $p<0,001$ ). Özkıyım girişiminde bulunmuş grubun bulunmamış gruba göre daha yüksek puan aldığı saptandı. Gönüllülerin DKE-SKE ortalama puanı ve standart sapma değerleri tablo-5’de verilmiştir.

**Tablo-5:** Özkıyım girişimi öyküsüne göre umutsuzluk, intihar düşüncesi, sosyal uyum ve kaygı düzeyi

	Özkıyım girişimi olanlar		Özkıyım girişimi olmayanlar		P*
	X	Sd	X	Sd	
<b>BUÖ</b>	6,9	3,63	1,87	1,33	<0,001
<b>İDÖ</b>	7,10	3,05	1,02	1,39	<0,001
<b>SUKDÖ</b>	32,42	6,27	48,79	5,71	<0,001
<b>DKE</b>	36,25	8,92	30,97	7,04	<0,001
<b>SKE</b>	49,52	9,62	36,89	6,85	<0,001

\* $p<0,05$ : istatistiksel olarak anlamlı, X: ortalama puan, Sd: standart sapma, BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği, İDÖ: İntihar Düşüncesi Ölçeği, SUKDÖ: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği, DKE: Durumluk Kaygı Envanteri, Sürekli Kaygı Envanteri.

İki grup arasında KİDÖ’den patolojik puan alıp almama durumu karşılaştırıldığında; özkıyım girişiminde bulunmuş grubun bulunmamış gruba göre anlamlı olarak daha fazla cut off değeri ve üzerinde puan aldığı görüldü

( $p<0,001$ ). Geçmişte özkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış grupta KİDÖ cut off değeri açısından katagori yüzdeleri tablo-6'da verilmiştir.

**Tablo-6:** Özkıyım girişimi öyküsüne göre psikosoyal işlevsellikte bozulma

	Özkıyım girişimi olanlar %(n)	Özkıyım girişimi olmayanlar %(n)	Toplam %(n)	P*
Cut off değeri altı	%3,6 (2)	%78,4 (29)	%60,2 (56)	<0,001
Cut off ve üzeri	%96,4 (54)	%21,6 (8)	%39,8 (37)	

\* $p<0,05$ : istatistiksel olarak anlamlı.

### E. İntihar Düşüncesinin Umutsuzluk, Sosyal Uyum, İşlevsellik ve Anksiyete Üzerine Etkileri

Çalışmamıza katılan tüm gönüllülerin BUÖ puanı ile İDÖ puanı karşılaştırıldığında; bu iki parametre arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ,  $r=0,719$ ). Bu farklılığın güçlü derecede ve aynı yönde olduğu görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmuş grupta da aynı karşılaştırma yapıldığında; ölçekler arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ,  $r=0,713$ ). Bu ilişkinin güçlü derecede aynı yönde olduğu görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmamış grupta ise; bu iki parametre arasında anlamlı ilişki tespit edilemedi ( $p=0,279$ ) (Tablo-7).

Çalışmamıza katılan tüm gönüllülerin SUKDÖ puanı ile İDÖ puanı karşılaştırıldığında; bu iki parametre arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ,  $r=-0,697$ ). Bu ilişkinin güçlü derecede ve zıt yönde olduğu görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmuş grupta da aynı karşılaştırma yapıldığında; ölçekler arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ( $p=0,01$ ,  $r=-0,453$ ). Bu ilişkinin orta derecede ve ters yönde olduğu görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmamış olan hastalarda ise bu açıdan anlamlı ilişki tespit edilemedi ( $p=0,393$ ) (Tablo-7).

Çalışmamıza katılan tüm gönüllülerin KİDÖ puanı ile İDÖ puanı karşılaştırıldığında; bu iki parametre arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ,  $r=0,699$ ). Bu ilişkinin güçlü derecede ve aynı yönde olduğu görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmuş grupta da aynı karşılaştırma

yapıldığında; ölçekler arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ( $p=0,002$ ,  $r=0,535$ ). Bu ilişkinin orta derecede ve aynı yönde olduğu görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmamış grupta ise bu açıdan anlamlı ilişki tespit edilemedi ( $p=0,323$ ) (Tablo-7).

Çalışmamıza katılan tüm gönüllülerin KİDÖ özerklik alt işlevsellik puanı ile İDÖ puanı karşılaştırıldığında; bu iki parametre arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ,  $r=0,595$ ). Bu ilişkinin orta derecede ve aynı yönde olduğu görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmuş grupta aynı karşılaştırılma yapıldığında; bu açıdan anlamlı bir ilişki tespit edilemedi ( $p=0,068$ ). Özkıyım girişiminde bulunmamış grupta da bu iki parametre arasında anlamlı bir ilişki tespit edilemedi ( $p=0,374$ ) (Tablo-7).

Çalışmamıza katılan tüm gönüllülerde KİDÖ mesleki işlevsellik alt işlevsellik puanı ile İDÖ puanı karşılaştırıldığında; bu iki parametre arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ,  $r=0,459$ ). Bu farklılığın orta derecede ve aynı yönde olduğu görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmuş grupta aynı karşılaştırılma yapıldığında; bu açıdan anlamlı bir ilişki tespit edilemedi ( $p=0,069$ ). Özkıyım girişiminde bulunmamış grupta da bu iki parametre arasında anlamlı bir ilişki tespit edilemedi ( $p=0,185$ ) (Tablo-7).

Çalışmamıza katılan tüm gönüllülerde KİDÖ bilişsel işlevsellik alt işlevsellik puanı ile İDÖ puanı karşılaştırıldığında; bu iki parametre arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ,  $r=0,661$ ). Bu farklılığın güçlü derecede ve aynı yönde olduğu görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmuş grupta bu iki parametre karşılaştırıldığında; parametreler arasında anlamlı ilişki tespit edilemedi ( $p=0,135$ ). Benzer şekilde özkıyım girişiminde bulunmamış grupta da bu iki parametre arasında anlamlı ilişki tespit edilemedi ( $p=0,105$ ) (Tablo-7).

Çalışmamıza katılan tüm gönüllülerde KİDÖ mali konular alt işlevsellik puanı ile İDÖ puanı karşılaştırıldığında; bu iki parametre arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ,  $r=0,541$ ). Bu ilişkinin orta derecede ve aynı yönde olduğu görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmuş grupta aynı karşılaştırılma yapıldığında da bu iki parametre arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ( $p=0,034$ ,  $r=0,382$ ). Bu ilişkinin orta derecede aynı yönde olduğu

görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmamış grupta ise bu iki ölçek arasında anlamlı ilişki tespit edilemedi ( $p=0,143$ ) (Tablo-7).

Çalışmamıza katılan tüm gönüllülerde KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt işlevsellik puanı ile İDÖ puanı karşılaştırıldığında; bu iki parametre arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ,  $r=0,634$ ). Bu ilişkinin güçlü derecede ve aynı yönde olduğu görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmuş grupta aynı karşılaştırılma yapıldığında da iki parametre arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ( $p=0,035$ ,  $r=0,380$ ). Bu ilişkinin orta derecede ve aynı yönde olduğu görülmüştür. Özkıyım girişiminde bulunmamış grupta ise parametreler arasında anlamlı ilişki tespit edilemedi ( $p=0,435$ ) (Tablo-7).

Çalışmamıza katılan tüm gönüllülerde KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt işlevsellik puanı ile İDÖ puanı karşılaştırıldığında iki parametre arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ,  $r=0,605$ ). Bu farklılığın güçlü derecede ve aynı yönde olduğu görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmuş grupta da aynı karşılaştırılma yapıldığında parametreler arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ( $p=0,042$ ,  $r=0,368$ ). Bu farklılığın orta derecede ve aynı yönde olduğu görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmamış grupta ise bu açıdan anlamlı ilişki tespit edilemedi ( $p=0,693$ ) (Tablo-7).

Çalışmamıza katılan tüm gönüllülerde KİDÖ cut off değeri ile İDÖ puanı karşılaştırıldığında; iki parametre arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ). İşlevsellik düzeyi patolojik olan hastaların özkıyım düşüncesinin daha fazla olduğu saptandı. Çalışmamızda özkıyım girişiminde bulunmuş hastaların %6,4'ünün ( $n=2$ ) KİDÖ puanının cut off altında, %93,5'inin ( $n=29$ ) ise cut off değeri veya üzeri bir puan aldığı görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmuş grupta KİDÖ'den patolojik puan alanların yüksek oranda olduğu dikkati çekmesine rağmen; bu grupta KİDÖ cut off değeri ile İDÖ puanı arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir ( $p=0,075$ ). Özkıyım girişiminde bulunmamış grubun %87'sinin ( $n=54$ ) KİDÖ puanının cut off değeri altında, %12,9'unun ( $n=8$ ) ise cut off değeri veya üzeri bir puan aldığı görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmamış grupta KİDÖ'den patolojik puan alanların düşük oranda olduğu dikkati çekmesine rağmen; bu grupta da



KİDÖ cut off değeri ile İDÖ puanı arasında anlamlı ilişki tespit edilemedi ( $p=0,620$ ).

Çalışmamıza katılan tüm gönüllülerde SKE puanı ile İDÖ puanı karşılaştırıldığında; iki parametre arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ( $p<0.001$ ,  $r=0,645$ ). Bu ilişkinin güçlü derecede ve aynı yönde olduğu görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmuş grupta da aynı karşılaştırılma yapıldığında; iki parametre arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ( $p=0,01$ ,  $r=0,574$ ). Bu farklılığın orta derecede ve aynı yönde olduğu görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmamış grupta ise bu açıdan anlamlı ilişki tespit edilemedi ( $p=0,78$ ,  $r=0,226$ ) (Tablo-7).

Çalışmamıza katılan tüm gönüllülerde DKE puanı ile İDÖ puanı karşılaştırıldığında; iki parametre arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ( $p=0,004$ ,  $r=0,293$ ). Bu farklılığın zayıf derecede ve aynı yönde olduğu görüldü. Özkıyım girişiminde bulunmuş grupta bu iki parametre karşılaştırıldığında ise; aralarında anlamlı ilişki tespit edilemedi ( $p=0,50$ ,  $r=0,356$ ). Özkıyım girişiminde bulunmamış grupta da benzer şekilde bu açıdan anlamlı farklılık tespit edilemedi ( $p=0,930$ ) (Tablo-7).

**Tablo-7:** Özkıyım girişimi öyküsüne göre özkıyım düşüncesi ile umutsuzluk, sosyal uyum, işlevsellik ve kaygı düzeyi arasındaki korelasyon

	Özkıyım girişimi olanlar p*/r	Özkıyım girişimi olmayanlar p*/r	Toplam p*/r
<b>BUÖ</b>	p<0,001, r=0,713	p=0,279, r=0,140	p<0,001, r=0,719
<b>SUKDÖ</b>	p=0,01, r=-0,453	p=0,393, r=-0,110	p<0,001, r=-0,697
<b>SKE</b>	p=0,01, r=0,574	p=0,78, r=0,226	p<0,001, r=0,645
<b>DKE</b>	p=0,50, r=0,356	p=0,930, r=-0,011	p=0,004, r=0,293
<b>KİDÖ toplam puan</b>	p=0,002, r=0,535	p=0,323, r=0,128	p<0,001, r=0,699
<b>KİDÖ özerklik</b>	p=0,068, r=0,332	p=0,374, r=0,115	p<0,001, r=0,595
<b>KİDÖ mesleki işlevsellik</b>	p=0,069, r=0,331	p=0,185, r=-0,171	p<0,001, r=0,459
<b>KİDÖ bilişsel işlevsellik</b>	p=0,135, r=0,274	p=0,105, r=0,208	p<0,001, r=0,661
<b>KİDÖ mali konular</b>	p=0,034, r=0,382	p=0,143, r=0,188	p<0,001, r=0,541
<b>KİDÖ kişilerarası ilişkiler</b>	p=0,035, r=0,380	p=0,435, r=0,101	p<0,001, r=0,634
<b>KİDÖ boş zaman etkinlikleri</b>	p=0,042, r=0,368	p=0,693, r=0,051	p<0,001, r=0,605

\*p<0,05: istatistiksel olarak anlamlı, r: korelasyon katsayısı, BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği, SUKDÖ: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği, DKE: Durumluk Kaygı Envanteri, Sürekli Kaygı Envanteri, KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

### **E. Özkıyım Girişimi Sayısının İşlevsellik, Umutsuzluk, İntihar Düşüncesi, Sosyal Uyum ve Anksiyete Üzerine Etkileri**

Özkıyım girişimi sayısına göre 4 farklı gruba ayrılan hastaların (0, 1, 2, 3 ve üzeri) KİDÖ genel ve alt işlevsellik alanları puanı karşılaştırıldığında; gruplar arasında bu açıdan anlamlı farklılık olduğu tespit edildi (KİDÖ toplam ve tüm alt işlevsellik alanı puanları için p<0,001). 2 kez özkıyım girişiminde bulunan grubun; KİDÖ'nin toplam değer ile mesleki işlevsellik, mali konular ve özerklik alt işlevsellik alanlarından daha yüksek puan aldığı görüldü. 3 ve üzeri sayıda özkıyım girişiminde bulunmuş grubun ise; bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt işlevsellik alanlarından daha yüksek puan aldığı saptandı. Özkıyım girişimi sayılarına göre gruplara ayrılan gönüllülerin KİDÖ toplam değer ve alt işlevsellik alanlarından aldığı ortalama puanları ve standart sapma değerleri Tablo-8'de verilmiştir.

**Tablo-8:** Özkıyım sayısına göre işlevsellik

	Özkıyım girişimi sayısı							
	0		1		2		3 ve üzeri	
	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd
<b>KİDÖ toplam değer</b>	6,42	5,28	24,8	10,34	27,33	9,62	24,8	6,83
<b>Özerklik</b>	0,5	0,93	3,6	3,05	4,33	1,86	1,6	1,67
<b>Mesleki işlevsellik</b>	1,53	1,97	5,20	3,28	6,5	3,88	5,2	2,49
<b>Bilişsel işlevsellik</b>	1,89	1,72	6,95	3,01	5,83	4,21	7,4	1,51
<b>Mali konular</b>	0,19	0,67	1,55	1,79	1,83	1,6	0,8	1,09
<b>Kişiler arası ilişkiler</b>	1,68	1,49	4,95	2,13	6,33	3,44	6,6	2,88
<b>Boş zaman etkinlikleri</b>	0,66	0,88	2,65	1,63	2,67	0,81	3,2	0,83

X: ortalama puan, Sd: standart sapma, KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

Gönüllülerde özkıyım girişimi sayısı ile KİDÖ'den patolojik puan alıp almama durumu karşılaştırıldığında; gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ). KİDÖ cut off değeri altında puan alan gruptaki gönüllülerin %96,4'ünün hiç özkıyım girişiminde bulunmadığı, %3,6'sının bir kez özkıyım girişiminde bulunduğu; 2 ve üzeri sayıda özkıyım girişiminde bulunmuş gönüllü sayısının sıfır olduğu dikkati çektii. KİDÖ cut off değeri ve üzeri puan alan grubun %21,6'sının hiç özkıyım girişiminde bulunmadığı, %48,6'sının bir kez, %16,2'sinin 2, %13,5'inin ise 3 ve üzeri sayıda özkıyım girişiminde bulunduğu da görüldü. Bu karşılaştırmanın katagori yüzdeleri Tablo-9'da verilmiştir.

**Tablo-9:** Özkıyım girişimi sayısına göre psikosoyal işlevsellikte bozulma

		KİDÖ cut off değeri % (n)	
		Cut off değeri altı puan	Cut off değeri ve üzeri puan
<b>Özkıyım sayısı</b>	<b>0</b>	%96,4 (54)	%21,6 (8)
	<b>1</b>	%3,6 (2)	%48,6 (18)
	<b>2</b>	%0 (0)	%16,2 (6)
	<b>3 ve üzeri</b>	%0 (0)	%13,5 (5)
	<b>Toplam</b>	%60,2 (56)	%39,8 (37)

KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

Özkıyım girişimi sayısına göre gruplandırılan gönüllüler BUÖ puanı açısından karşılaştırıldıklarında; gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $p<0,001$ ). 2 kez özkıyım girişiminde bulunmuş grubun BUÖ'den daha yüksek puan aldığı görüldü. Gönüllülerin BUÖ ortalama puanı ve standart sapma değerleri Tablo-10'da verilmiştir.

Özkıyım girişimi sayısına göre gruplandırılan gönüllüler İDÖ puanı açısından karşılaştırıldıklarında; gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ). 2 kez özkıyım girişiminde bulunmuş grubun İDÖ'den daha yüksek puan aldığı görüldü. Gönüllülerin İDÖ ortalama puanı ve standart sapma değerleri Tablo-10'da verilmiştir.

Özkıyım girişimi sayısına göre gruplandırılan gönüllüler SUKDÖ puanları açısından karşılaştırıldıklarında; gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ( $p<0,001$ ). Özkıyım girişiminde bulunmamış grubun SUKDÖ'den daha yüksek puan aldığı görüldü. Gönüllülerin SUKDÖ ortalama puanı ve standart sapma değerleri Tablo-10'da verilmiştir.

Özkıyım girişimi sayısına göre gruplandırılan gönüllüler SKE-DKE puanları açısından karşılaştırıldıklarında; gruplar arasında hem DKE puanı hem de SKE puanı açısından anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi (sırasıyla;  $p=0,014$ ,  $p<0,001$ ). 2 kez özkıyım girişiminde bulunmuş grubun DKE'den, 3 ve üzeri sayıda özkıyım girişiminde bulunmuş grubunsa SKE'den daha yüksek puan aldığı görüldü. Gönüllülerin SKE-DKE ortalama puanı ve standart sapma değerleri Tablo-10'da verilmiştir.

**Tablo-10:** Özkıyım girişimi sayısına göre umutsuzluk, sosyal uyum, özkıyım düşünçesi ve kaygı düzeyleri

	Özkıyım girişimi sayısı							
	0		1		2		3	
	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd
<b>BUÖ</b>	1,87	1,33	6	2,9	10	4,47	6,8	3,96
<b>SUKDÖ</b>	48,79	5,71	33,20	6,25	29,33	5,42	33	7,38
<b>DKE</b>	36,89	6,85	47,60	8,66	51,83	3,65	54,4	16,31
<b>SKE</b>	30,97	7,04	34,3	9	41,33	8,61	38	7,58
<b>İDÖ</b>	1,02	1,39	6,3	2,95	9,17	2,85	7,8	2,86

X: ortalama değer, Sd: standart sapma, BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği, SUKDÖ: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği, DKE: Durumluk Kaygı Envanteri, Sürekli Kaygı Envanteri, İDÖ: İntihar Düşünçesi Ölçeği.

## TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışma grubumuz Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından düzenli olarak takip edilen ve ötimik dönemde olduğu tespit edilen iki uçlu bozukluk tanılı 93 gönüllüden oluşmuştur. Bu çalışmada; iki uçlu bozukluk hastalarında özkıyım girişimi ile işlevsellik, sosyal uyum, umutsuzluk, kaygı düzeyi ve özkıyım düşüncesi arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmaya katılan gönüllüler özkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış olmasına göre iki gruba ayrılmıştır. Çalışmamızın amacı doğrultusunda hem tüm gönüllülerde hem de özkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış iki grubun kendi içinde özkıyım düşüncesi ile kaygı düzeyi, umutsuzluk, sosyal uyum ve psikososyal işlevsellik düzeyleri arasındaki ilişkiye de bakılmıştır. Geçmişte özkıyım girişiminde bulunmuş iki uçlu bozukluk hastalarında bulunmamış hastalara göre; KİDÖ, İDÖ, BUÖ, DKE-SKE puanlarının daha yüksek, SUKDÖ puanlarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca; hem tüm gönüllülerde hem de geçmişte özkıyım girişiminde bulunmuş grupta yüksek BUÖ, KİDÖ, SKE ve düşük SUKDÖ puanı ile İDÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu da görülmüştür. Ancak benzer ilişkiye özkıyım girişiminde bulunmamış grupta rastlanmamıştır.

İki uçlu bozuklukta normal popülasyona göre yaşam boyu özkıyım ile 20-30 kat daha fazla karşılaşmaktadır. Çeşitli çalışmalarda iki uçlu bozukluk hastalarının %25-50'sinin yaşamının bir döneminde özkıyım girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (15). Bu çalışmada da gönüllülerin %33,3'ünün yaşamı boyunca en az bir kez özkıyım girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan bazı hastaların birden fazla özkıyım girişimi olduğu da görülmüştür. Özkıyım girişiminde bulunmuş hastaların %64,5'inin 1 kez, %19,3'ünün 2 kez, %16,1'inin 3 ve üzeri sayıda özkıyım girişimi öyküsü olduğu saptanmıştır.

Özkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış grup sosyodemografik veriler ve klinik özellikler açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında meslekleri dışında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Gruplar arasında

bu farklılığın emeklilerden kaynaklandığı tespit edilmiş ve özkıyım girişiminde bulunmuş gönüllüler içinde en fazla orana sahip grubun emekliler olduğu görülmüştür. Bu anlamlı farklılık; işlev kaybı daha fazla olan bireylerin daha erken yaşlarda emekli olmalarına, emeklilik veya ileri yaş ile birlikte kişinin kendisini boşlukta hissetmesi sonucunda özkıyım riskini artmasına, emeklilerin yaşlarının daha ileri olduğuna ve yaşı ileri olanın özkıyım girişiminde bulunmuş olma ihtimalinin daha fazla olmasına bağlanabilir. Birçok çalışmada yaş ile özkıyım arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (222). Ancak; bazı epidemiyolojik çalışmalarda ise yaşın artmasıyla birlikte özkıyım oranlarında bir artış eğilimi olduğu saptanmıştır (223,224). Ayrıca; ileri yaşın özkıyım riski açısından önemli bir risk faktörü olduğu, yaşla birlikte özkıyım oranlarının giderek azalırken ölümlerle sonuçlanan özkıyım oranını arttığı, emekliliğin de emosyonel problemlere, ekonomik ve sosyal statü kaybına, kısıtlı sosyal ilişkilere yol açabildiği ve tüm bu faktörlerin ortak etkisi sonucunda emekliliğin özkıyım açısından bir risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalarda da vardır (142,225,226). Çalışmamızda hastaların hangi yaşta özkıyım girişiminde bulunduğu sorgulanmadığı için bu konuda yorum yapılamamıştır. Elde edilen bu sonuç iki grubun; hastalığın klinik özellikleri ve meslek grupları dışındaki sosyodemografik veriler açısından benzer özellikler taşıdığını göstermektedir.

Özkıyım girişimi öyküsü gelecekte özkıyım girişiminde bulunma ya da tamamlanmış özkıyım açısından güçlü bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (17,22,24,227). Bu ilişkinin iki uçlu bozukluk hastaları için de geçerli olduğu düşünülmektedir. 1556 iki uçlu bozukluk hastası ile yapılan prospektif bir çalışmada; tamamlanmış özkıyım dahil olmak üzere diğer değişkenler kontrol edildikten sonra hastaların gelecekteki özkıyım davranışı için tek önemli risk faktörünün özkıyım girişim öyküsü olduğu saptanmıştır (228). Çeşitli çalışmalarda da benzer sonuca ulaşılmıştır (135,229). Buna rağmen çok az çalışmada özkıyım düşüncesiyle özkıyım girişimini bir arada ele alınmıştır (136,230,231). Özkıyım düşüncesi de özkıyım girişimi ve tamamlanmış özkıyımın habercisi olarak kabul edilmektedir. İki uçlu bozukluk hastalarıyla yapılan çalışmalarda özkıyım girişiminde bulunmuş hastaların

özkıyım girişiminde bulunmamış hastalara göre intihar düşüncesi puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (228,232-236). Bu çalışmada da özkıyım girişiminde bulunan ve bulunmayan gönüllülerin özkıyım düşünceleri karşılaştırıldığında; özkıyım girişiminde bulunmuş grupta daha fazla özkıyım düşüncesi olduğu saptanmıştır. Elde edilen sonuç; iki uçlu bozukluk hastalarından özkıyım girişiminde bulunmuş grubun bulunmamış gruba göre; özkıyım açısından daha fazla risk altında olduğunu düşündürmüştür. Bu gruba yönelik önlemlerin artırılması ve özkıyım açıdan dikkatli olunması olası özkıyım girişimini engelleyebilir. İki uçlu bozukluktaki özkıyım girişimi ile özkıyım düşüncesinin ilişkili olduğu düşünüldüğünde; özkıyım girişimi sayısı arttıkça özkıyım düşüncesinde de artış olması beklenebilir. Ancak bu çalışmada en fazla özkıyım düşüncesi olan grubun 2 kez özkıyım girişiminde bulunmuş gönüllüler olduğu görüldü. 3 ve üzeri sayıda özkıyım girişiminde bulunmuş gönüllülerde daha fazla özkıyım düşüncesine rastlanmaması örneklem sayımızın görece az olmasına bağlanmıştır.

Beck (237); umutsuzluk teorisiyle özkıyım davranışını açıklamaya çalışmıştır. Umutsuzluğun özkıyım ile çökkünlük arasında köprü görevi gördüğü düşünülmektedir. Umutsuzluk çökkünlüğün karakteristik özelliklerinden biri olup; hem tek uçlu hem de iki uçlu bozuklukta özkıyım düşüncesi ve davranışının önemli bir yordayıcısıdır (39,191,192,232,235,238). Birçok çalışmada umutsuzluk ile özkıyım düşüncesi, girişimi ve nihai özkıyım arasındaki ilişki gösterilmiştir (39,182,184-186,188,189,191). Bir meta-analizde iki uçlu bozuklukta özkıyım açısından temel risk faktörlerinin geçmişte özkıyım girişiminde bulunmuş olması ve umutsuzluk olduğu saptanmıştır (136,239). İki uçlu bozukluk hastalarının dâhil edildiği ve özkıyım girişimi ile umutsuzluğun ilişkili olduğu sonucuna ulaşan birçok çalışmada; özkıyım girişiminde bulunmuş grupta bulunmamış gruba göre umutsuzluk düzeyinin daha ciddi olduğu tespit edilmiştir (130,135,227,229,240). Bu çalışmada da özkıyım girişiminde bulunmuş gönüllülerde bulunmamış gönüllülere göre umutsuzluğun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç umutsuzluk düzeyiyle özkıyım girişimi



arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşan yayınlarla uyumluluk göstermektedir (182,187).

Umutsuzluk ile özkıyım düşüncesinin arasında bir ilişki olduğu da düşünülmektedir. Birçok çalışmada özkıyım girişimi veya özkıyım düşüncesi olan grubun daha fazla umutsuzluğu olduğunu bildirilmiştir (130,235,238,240-243). Örneğin bir çalışmada iki uçlu bozuklukta umutsuzluğun hem özkıyım düşüncesi hem de tekrarlayan özkıyım davranışı ile ilişkisi olduğu gösterilmiştir (244). Bu çalışmada da hem tüm iki uçlu bozukluk hastalarında hem de özkıyım girişiminde bulunmuş olan grupta umutsuzluğun artmasıyla ile özkıyım düşüncesinin arttığı saptanmıştır. Ancak benzer sonuca özkıyım girişiminde bulunmamış grupta ulaşamamıştır. Elde edilen bulgu iki uçlu bozuklukta umutsuzluğun artmasıyla özkıyım düşüncesinde artış olmasının; özkıyım girişiminde bulunmuş olan gruptan kaynaklandığını ve özellikle bu grupta umutsuzluğun olası özkıyım girişiminin habercisi olabileceğini düşündürmüştür Bu veri umutsuzluğun özkıyım girişimi ve düşüncesiyle ilişkili olduğunun gösterildiği çalışmalarla uyumluluk göstermektedir (195,196).

İki uçlu bozuklukta umutsuzluk ile özkıyım düşüncesinin ilişkili olduğu düşünüldüğünde; geçmişte ne kadar fazla özkıyım girişiminde bulunulduysa o kadar fazla umutsuzluğun olması beklenebilir. Bu çalışmada; en fazla umutsuzluk düzeyi olan grubun 2 kez özkıyım girişiminde bulunmuş gönüllülerde olduğu görülmüştür. 3 ve üzeri sayıda özkıyım girişiminde bulunmuş gönüllülerde daha fazla umutsuzluk düzeyine rastlanmaması örneklem sayımızın görece az olmasına bağlanmıştır.

İki uçlu bozukluk psikososyal işlevsellikte düşüş ile ilişkilendirilmektedir (245). Çeşitli izlem çalışmalarında, hastaların semptomlarında zamanla iyileşme olmasına rağmen yaklaşık 2/3'ünün premorbid dönemdeki işlevsellik düzeylerine ulaşamadıkları ve işlevsellikteki bozulmanın alt işlevsellik alanlarında da devam ettiği gösterilmiştir (132,147-151,153-157,246,247). İki uçlu bozuklukta özkıyım girişimi öyküsünün de bireyin yaşam ve işlevselliğini etkilediği düşünülmektedir. Ancak literatüre baktığımızda; iki uçlu bozukluk hastalarının özkıyım girişimi olup olmamasına göre psikososyal işlevselliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlayamadık.

Çalışmamızda bu iki parametreyi karşılaştırdığımızda; özkıyım girişiminde bulunmuş olan hastaların bulunmamış hastalara göre hem genel psikososyal işlevselliklerinin daha düşük olduğu hem de tüm alt işlevsellik alanlarında (özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mâli konular, kişilerarası ilişkiler, boş zaman etkinlikleri) daha fazla zorluk yaşadıkları tespit edilmiştir. Özkıyım girişimi sayısının artması hastaların psikososyal işlevselik düzeyinde azalmaya katkıda bulunuyor olabilir. Bu çalışmada işlevsellik kaybı olmayan gönüllülerin %96.4'ünün hiç özkıyım girişiminde bulunmadığı, %3.6'sının 1 kez özkıyım girişiminde bulunduğu, 2 ya da üzeri sayıda özkıyım girişiminde bulunmuş hiç kimse olmadığı görülmüştür. Ayrıca hem genel psikososyal işlevselliğin hem de işlevselliğin özerklik, mesleki işlevsellik ve mâli konular alt işlevsellik alanlarında en fazla zorluk çekenlerin 2 kez özkıyım girişiminde bulunan grubun; bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt katagorilerinde en fazla zorluk çekenlerin ise 3 ve üzeri sayıda özkıyım girişiminde bulunan grubun olduğu saptanmıştır. Özkıyım girişiminin artması ile işlevselliğin tüm alanlarında daha fazla kaybın olması gibi bir sonuca ulaşılama sebebi örneklem sayımızın görece yetersizliği olabilir. Bu nedenle ulaştığımız sonucun tüm iki uçlu bozukluk hastalarına genellenemeyeceği düşünülmüştür.

Hastalığı şiddetli seyreden iki uçlu bozukluk hastalarının özkıyım girişiminde bulunma ihtimalinin daha fazla olduğu ve devam eden psikososyal işlevsellik kaybıyla daha sık karşılaştığı bilinmektedir. İşlevsellikteki kayıp da kronik strese sebep olmaktadır (136,248,249). Kronik stresi olan hastaların dış stresörlere açık hale gelmesi ve daha fazla özkıyım düşüncesi ifade etmesi beklenmeyen bir durum değildir. Bu durumda iki uçlu bozuklukta; devam eden işlevsellik kaybının geçmişte özkıyım girişiminde bulunmuş grupta daha fazla olmasının yanında özkıyım düşüncesi ile ilişkili olması da beklenebilir. Çalışmamızda hem tüm iki uçlu bozukluk hastalarında hem de özkıyım girişiminde bulunmuş olan grupta; psikososyal işlevsellikte zorlanmanın artmasıyla özkıyım düşüncesinin arttığı görülmüştür. Özkıyım girişiminde bulunmamış grupta ise bu ilişki gösterilememiştir. Bu bulgu; iki uçlu bozukluk hastalarının psikososyal alanda yaşadığı zorluğun; intihar

düşüncesiyle ilişkili olduğunu ve bu ilişkinin özkıyım girişiminde bulunan gruptan kaynaklandığını düşündürmüştür. Ayrıca elde edilen sonuç; psikososyal işlevselliği daha bozuk olan iki uçlu bozukluk hastalarının özkıyım girişiminde bulunma ihtimalinin daha fazla olduğu, ötimik dönemde olsalar bile bu grubun işlevselik alanlarında yaşadığı zorlukların daha yüksek oranda devam ettiği ve işlevsellik alanlarındaki zorlukların özkıyım düşüncesine katkıda bulunduğu hipotezimizi de desteklemektedir.

Çalışmamızda alt işlevsellik alanlarıyla özkıyım düşüncesi de karşılaştırılmıştır. Olguların hepsi birarada değerlendirildiğinde; bahsi geçen tüm alt işlevsellik alanlarında zorlanma düzeylerinin artmasıyla özkıyım düşüncelerinde artış olduğu görülmüştür. Ayrıca işlevsellik alanlarında zorlanma ile özkıyım düşüncesi arasındaki ilişkinin özerklik, mesleki işlevsellik ve mali konular alt işlevsellik alanında orta derecede; bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt işlevsellik alanında ise güçlü derecede olduğu saptanmıştır. Özkıyım girişiminde bulunmuş grupta yukarıdakine benzer bir ilişkinin sadece mali konular, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt işlevsellik alanlarında olduğu görülmüştür. Özkıyım girişiminde bulunmamış grupta ise benzer bir ilişkinin hiçbir alt işlevsellik alanında olmadığı da saptanmıştır. Bu veri özkıyım girişiminde bulunmuş iki uçlu bozukluk hastalarında; özellikle mali konular, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alanlarındaki zorlukların hastayı daha fazla stresörlere açık hale getirerek özkıyım düşüncesine neden olduğunu düşündürmüştür.

Çalışmamızda tüm olgular birlikte değerlendirilip KİDÖ'den patolojik puan alan ve almayanlar arasında özkıyım düşünceleri karşılaştırıldığında, işlevselliği bozuk olan hastalarının özkıyım düşüncesinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer ilişki ne özkıyım girişiminde bulunmuş grupta ne de özkıyım girişiminde bulunmamış grupta gösterilebilmiştir. Özkıyım girişiminde bulunmuş grupta anlamlı farklılık tespit edilememesi sebebi; bu grupta KİDÖ'den patolojik olmayan puan alan sadece iki kişi olması sorumlu tutulabilir. Her iki grupta bu açıdan anlamlı farklılık saptanmamış olsa da; özkıyım girişiminde bulunmuş grupta KİDÖ'den patolojik puan alanların

%93.5 gibi çok yüksek, bulunmamış grupta KİDÖ'den patolojik puan alanların %12.9 gibi çok düşük oranda olduğu da dikkati çekmiştir.

Psikosoyal işlevsellik kavramı, yukarıda bahsettiğimiz alt işlevsellik alanları yanında sosyal uyumu da içinde barındırmaktadır. İki uçlu bozukluk hastalarının atak sırasındaki bozulan sosyal uyumları atak geçtikten sonra premorbid dönemdeki düzeyine dönemeyebilmektedir. Ötimik dönemde olan tek uçlu depresif bozukluk ve iki uçlu bozukluk hastaları ile sağlıklı gönüllülerin dâhil edildiği bir çalışmada hastaların sosyal uyumunun kontrol grubuna göre daha kötü olduğu görülmüştür (250). Altı aydır remisyonda olan iki uçlu bozukluk hastalarıyla yapılan bir çalışmada da; remisyonda olmalarına rağmen hastaların sosyal işlevselliklerindeki bozukluğun devam ettiği bildirilmiştir (251). Çalışmamızda hastaların sosyal uyumu SUKDÖ ile değerlendirilmiş ve özkıyım girişiminde bulunmamış gönüllülerin sosyal uyumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda; sosyal uyum düzeyleri ile özkıyım girişi sayısı karşılaştırıldığında en fazla sosyal uyuma sahip grubunun hiç özkıyım girişiminde bulunmamış grubun olduğu da görülmüştür. Sosyal uyum düzeyi ile özkıyım düşünceleri arasındaki ilişkiye baktığımızda; hem tüm iki uçlu bozukluk hastalarının hem de özkıyım girişiminde bulunmuş gönüllülerin sosyal uyum düzeylerinin azalmasıyla özkıyım düşüncelerinin arttığı görülmüştür. Ancak benzer sonuca özkıyım girişiminde bulunmamış grupta ulaşamamıştır. Elde edilen veri; iki uçlu bozuklukta bu ilişkinin özkıyım girişiminde bulunmuş olan gruptan kaynaklandığını düşündürmektedir. Geçmişe özkıyım girişiminde bulunmuş grubun hastalığı daha şiddetli yaşadığı varsayıldığında; atakları daha şiddetli geçenlerin sosyal uyumunun daha çok bozulduğu, ötimik dönemde olsalar bile sosyal uyumdaki zorluğun belirgin şekilde devam ettiği ve belki de sosyal uyumdaki zorlanmanın da katkısıyla özkıyım girişiminde bulunduğu hipotezimizi de desteklemektedir.

İki uçlu bozuklukta kaygı belirtileri veya kaygı bozukluğu komorbiditesiyle sık karşılaşılmaktadır (24,150). Artan kaygı oranlarının da özkıyım açısından risk oluşturduğu düşünülmektedir. Buna rağmen iki uçlu bozuklukta kaygı düzeyini inceleyen çok çalışma olmaması dikkatimizi

çekmiştir. Çeşitli çalışmalarda bu hastalıkta kaygı belirtileri varlığının özkıyım riskini artırdığı gösterilmiştir (134,202-207). İki uçlu bozuklukta işlevselliği kötü olanın özkıyım girişiminde bulunmuş olma ihtimalinin daha fazla olduğunu ve özkıyım girişiminde bulunmuş olanın da işlevsellik kaybının daha fazla devam ettiğini varsaydığımızda; geçmişte özkıyım girişiminde bulunmuş iki uçlu bozukluk hastalarının kaygı düzeyinin özkıyım girişiminde bulunmamışlara göre daha fazla olması beklenebilir. Bu çalışmada özkıyım girişiminde bulunmuş gönüllülerin bulunmamış gönüllülere göre; hem sürekli hem de durumluk kaygı düzeylerinin belirgin yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda özkıyım girişimi sayısı ile sürekli ve durumluk kaygı düzeyi karşılaştırıldığında; sürekli kaygı düzeyinin en yüksek 3 ve üzeri sayıda özkıyım girişiminde bulunan grupta olduğu görülmüştür. Durumluk kaygı düzeylerinin ise 2 kez özkıyım girişiminde bulunmuş gönüllü grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Durumluk kaygı düzeyinin 3 ve üzeri sayıda özkıyım girişiminde bulunmuş olan grupta daha yüksek bulunmama sebebi; örneklem sayımızın yeterli büyüklükte olmamasına bağlanmıştır.

İki uçlu bozukluk hastalarında özkıyım düşüncesi ile kaygı düzeyini araştıran çeşitli çalışmalarda özkıyım düşüncesi olan hastaların kaygı düzeyinin anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bildirilmiştir (235,242). İki uçlu bozukluk hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada ise; geçmişte özkıyım girişiminde bulunmuş grupta bulunmamış gruba göre kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (227). Özkıyım girişiminde bulunmuş hastaların kaygı düzeyinin daha fazla olduğu bilgisi ve kaygı ile özkıyım düşüncesi arasındaki ilişki birarada düşünüldüğünde; geçmişte özkıyım girişiminde bulunmuş hastalarının kaygı düzeyinin artmasıyla özkıyım düşüncesinde artış olması da beklenebilir. Bu çalışmada tüm olgular birarada değerlendirildiğinde durumluk kaygı düzeyinin artmasıyla özkıyım düşüncesinde artış olduğu saptanmıştır. Bu ilişki ne özkıyım girişiminde bulunmuş ne de bulunmamış gönüllüler içerisinde gösterilememiştir. Benzer ilişkiye sürekli kaygı düzeyi parametresi kullanılarak bakıldığında; hem tüm iki uçlu bozukluk hastalarında hem de özkıyım girişiminde bulunmuş grupta sürekli kaygı düzeyinin artmasıyla özkıyım düşüncesinin arttığı görülmüştür.

Aynı ilişki özkıyım girişiminde bulunmamış gönüllülerde gösterilememiştir. Elde edilen bulgu bize; iki uçlu bozuklukta sürekli kaygı düzeyiyle özkıyım düşüncesi arasındaki ilişkinin özellikle özkıyım girişiminde bulunmuş olan gruptan kaynaklandığını düşündürmüştür. Özkıyım girişiminde bulunmuş grupta sürekli kaygı ile özkıyım düşüncesi arasında ilişki varken durumluk kaygı ile özkıyım düşüncesi arasında ilişki olmaması ise; sürekli kaygı düzeyinin durumluk kaygı düzeyine göre özkıyım düşüncesini daha çok etkilediğini düşündürmüştür.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardı. Çalışmamız esnasında gönüllülerin sosyodemografik veri ve hastalığın klinik özellikleri birebir görüşme ile elde edilmiştir. Bu görüşmenin gönüllülerin özbilgilendirmesine dayalı olması nedeniyle yıllar içinde hastalık sürecine yönelik hatırlanan bilgilerin güvenilirliği bir miktar da olsa sorgulanmalıdır. Daha büyük örneklem grubuna sahip olmak istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edebilme açısından avantaj sağlamaktadır. Çalışmaya katılan gönüllü sayımız yeterli olsa da benzer çalışmalara bakıldığında nispeten küçük olduğu söylenebilir. Ayrıca hasta örneklemimiz daha çok duygudurum polikliniğimizden takip edilen hastalardan oluşturulmuştur. Bu nedenle elde edilen verilerin tüm iki uçlu bozukluk hastalarına genellenemeyeceği dikkate alınmalıdır. Çalışmamıza katılan gönüllüler iki uçlu bozukluk alt tiplerine göre irdelenmediği için iki uçlu bozukluk alt tipleri arasında istatistiksel açıdan karşılaştırılma yapılamamıştır. Örneklemimiz sadece iki uçlu bozukluğu olan hasta gönüllülerden oluşturulmuştur. Çalışmamızda ne sağlıklı bireylerden oluşan bir kontrol grubu ne de tek uçlu bozukluğu olan diğer hasta grubu bulunmaktadır. Bu nedenle özkıyım girişimde bulunmuş ve bulunmamış iki uçlu bozukluğu olan gönüllü grubun sağlıklı kontrolle de tek uçlu bozukluğu olan grupla da karşılaştırılması yapılamamıştır. İşlevsellik, umutsuzluk, intihar düşüncesi, sosyal uyum, kaygı düzeyinin değerlendirilmesinde sadece ölçeklerin kullanılmış olması da çalışmamızın kısıtlılıkları arasındadır. Bu alanların sadece ölçeklerle incelenmesi bu alanları etkileyen çeşitli faktörlerin ekarte edilememesine sebep olmaktadır.

Özetle özkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış iki uçlu bozukluk hastalarının olası özkıyım risk faktörlerini saptayabilmek amacıyla; gönüllülerin umutsuzluk, kaygı düzeyi, sosyal uyum ve işlevsellikleri ile intihar düşüncesinin karşılaştırıldığı bu çalışmada; bazı alanlarda farklılık tespit edilmiştir. Özkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış gönüllülerin meslek dışında sosyodemografik veriler ve klinik özellikler açısından benzer gruplar olduğunu görülmüştür. Çalışmamızda özkıyım girişiminde bulunmuş iki uçlu bozukluk hastalarında özkıyım girişiminde bulunmamış hastalara göre; kaygı, umutsuzluk ve özkıyım düşüncelerinin daha yüksek, sosyal uyum ve işlevsellik düzeylerinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Ayrıca özkıyım girişiminde bulunmuş grupta; umutsuzluk, sürekli kaygı, psikososyal işlevsellik ve alt işlevsellik alanlarında zorlanma düzeyinin artmasıyla ile özkıyım düşüncesinde artış olduğu ancak; benzer ilişkinin özkıyım girişiminde bulunmamış grupta olmadığı görülmüştür. Bu sonuçlar özkıyım girişiminde bulunmuş grubun bulunmamış gruba göre; daha yüksek oranda umutsuzluk, kaygı, psikososyal işlevsellikte bozulma ile sosyal uyum zorluğuna sahip olduğu ve bahsi geçen faktörlerin yine bu grupta daha fazla özkıyım düşüncesine sebep olduğu hipotezimizi desteklemektedir.

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide. Geneva: WHO; 2012.
2. Meehan J, Kapur N, Hunt IM, et al. Suicide in mental health inpatients and within 3 months of discharge: National clinic survey. *Br J Psychiatry* 2006;188:129-34.
3. Conwell Y, Thompson C. Suicide behavior in elders. *Psychiatr Clin Nort Am* 2008;31:333-56.
4. Nock MK, Borges G, Bromel EJ, et al. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30:133-54.
5. Combs H, Romm S. Psychiatric inpatient suicide: A literature review. *Primary Psychiatry* 2007;14:67-74.
6. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsburg P. One hundred cases of suicide: Clinical aspects. *Br. J Psychiatry* 1974;125:355-73.
7. Dorpat TL, Ripley HS. A study of suicide in the seattle area. *Comprehensive Psychiatry* 1960;1:349-59.
8. Rich CL, Fowler RC, Fogarty LA, Young D. San Diedo suicide study, III: Relationships between diagnosis and stressors. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:588-92.
9. Isometsa E, Heikkinen ME, Marttunen MJ, et al. Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide. *BMJ* 1955;310:1366-7.
10. Drake RE, Bartels SJ, Torrey WC. "Suicide in schizophrenia: Clinical approaches" *Depression in schizophrenics*. Williams R, Dalby JT (eds). 1st edition. New York: Springer US; 1989. 171-86.
11. Murphy GE: Suicide and substance abuse. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:593-4.
12. Murphy GE, Wetzel RD. The life time risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:383-92.
13. Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, McEvoy L. Multiple risk factors predict suicide alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:459-63.
14. Frances A, Eyler M, Clarkin J. Personality and suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1986;487:281-95.
15. Akiskal HS. İki uçlu bozuklukların sınıflandırılması, tanısı ve sınırları. Oral T (ed). İki uçlu bozukluk WPA yayınları. İstanbul: CSA Medikal Yayın Ajansı. 1. Baskı. İstanbul 2002.1-188.
16. Raja M, Azzoni A. Suicide attempts: Differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. *J Affect Disord* 2004;82:437-42.
17. Öztürk O, Uluşahin A (ed). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Yenilenmiş 11. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2011.
18. Köroğlu E. Psikiyatri temel kitabı. 2. Baskı. Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü; 2007.
19. Durkheim E. *Le Suicide-etude sociologique*. Çeviren Özer Ozankaya. İntihar, toplumbilimsel inceleme. Ankara. Türk Tarih Kurum Basımevi; 1986.



20. Arkun N. İntiharın Psikodinamikleri. 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları; 1978.
21. Çelikkol A, Sayıl I (ed). İntihar. İzmir: Ege Psikiyatri Yayınları; 2002.
22. Sadock BJ, Sadock VA. Psikiyatri davranış bilimleri/klinik psikiyatri. Bozkurt A (ed). 11. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2016.
23. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock comprehensive textbook of psychiatry. Bozkurt A (ed). 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2007.
24. Köroğlu E. DSM-5 tanı ölçütleri. Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü; 2013.
25. Fowler JC. Suicide risk assessment in clinical practice: Pragmatic guidelines for imperfect assessments. *Psychotherapy* 2012;49:81-90.
26. Öztürk O, Uluşahin A (ed). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Gözden geçirilmiş ve yenilenmiş 13. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2015.
27. World Health Organization. Preventing suicide; a global imperative executive summary. Geneva; WHO 2014.
28. TÜİK. İntihar istatistikleri. Ankara: 2013.
29. Asirdiser M, Yavuz MS, Demirdağ AS, Dizdar N. Suicide in Turkey between 1996 and 2005: General perspective. *Am J Forensic Med Pathol* 2010;31:138-45.
30. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors; a national register-based study of all suicides in Denmark 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003;160:765-72.
31. Bursztein-Lipsicas C, Henrik-Makinen I. Immigration and suicidality in the young. *Can J Psychiatry* 2010;55: 274-81.
32. Page RM, Yanagishita J, Suwanteenrangkul J, Zarco EP, Miao NF. Hopelessness and loneliness among suicide attempters in school-based samples of Taiwanese, Philippine and Tai adolescents. *School Psychology International* 2006;27:583-98.
33. Song JY, Yu HY, Kim SH, et al. Assessment of risk factors related to suicide attempts in patients with bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2012;200:978-84.
34. Finseth PI, Morken G, Andreassen OA, Malt UF, Vaaler AE. Risk factors related to lifetime suicide attempts in acutely admitted bipolar disorder inpatients. *Bipolar Disord* 2012;14:727-34.
35. Catell H, Jolley DJ. One hundred cases of suicide in elderly people. *The British Journal of Psychiatry* 1995;166:451-7.
36. Vieta E, Benabarre A, Colom F, et al. Suicidal behavior in bipolar I and bipolar II disorder. *J Nerv Ment Disord* 1997;185:407-9.
37. Goldberg JF, Harrow M (eds). *Bipolar disorders: Clinical course and outcome*. Washington, DC, USA: American Psychiatric Press; 1999.
38. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *Am J Psychiatry* 2000;157:1925-32.
39. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol* 1974;42:861-5.

40. Odağ C (ed). İntihar (özkıyım) tanım, kuram, sağaltım. İkinci baskı. İzmir: Halime Odağ Psikoanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları no:3; 2002.
41. Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry* 1991;48:29-32.
42. Mann JJ, Brent Da, Arango V. The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus of the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology* 2001;24:467-77.
43. Ono H, Shirakawa O, Kitamura N, et al. Tryptophan hydroxylase immunoreactivity is altered by the genetic variation in postmortem brain samples of both suicide victims and controls. *Mol Psychiatry* 2002;7:1127-32.
44. Nemeroff CB, Owens MJ, Bisset G, Andorn AC, Stanley M. Reduced corticotropin releasing factor binding sites in frontal cortex on suicide victims. *Arc Gen Psychiatry* 1988;45:577-9.
45. Sayıl I (ed). İntiharlar ruh sağlığı ve hastalıkları. No:12. Ankara: AÜTF Antıp A.Ş. Yayınları; 1996. 203-215.
46. Baytunca MB, Aydın R, Erermiş S. Bipolar bozukluğun genetik alt yapısı. *The Journal of Pediatric Research* 2014;1:49-53.
47. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and naturel history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000;48:445-457.
48. Murray C, Lopez A (eds). The global burden of disease: A comprehensive assesment of morbidity and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and 2020. Cambridge: Harvard University Press; 1996. 68-69.
49. Akdeniz F. (ed). Hızlı döngülü bipolar bozukluk. 1. Baskı. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 1997.
50. Işık E (ed). Depresyon ve bipolar bozukluklar. 1. Baskı. İstanbul: Görsel Sanatlar Basımevi; 2003.
51. Stone MH. Duygudurum bozukluklarının tarihsel yönleri. In: Oral ET (ed). Duygudurum bozuklukları temel kitabı. 1. baskı. İstanbul: Sigma Yayınevi; 2007. 3-15.
52. Healy D. From mania to bipolar disorder. In: Yatham LN, Maj M (eds). *Bipolar Disorder: clinical and neurobiological foundations*. Oxford: John Willey; 2010. 1-7.
53. Goodwin FK, Jamison KR (eds). *Manic-depressive illness*. 1st edition New York: Oxford University; 1990.
54. Dunner DL, Fleiss JL, Fieve RR. The course of development of mania in patients with recurrent depression. *Am J Psychiatry* 1976;133:905-8.
55. Köroğlu E (ed). Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı, DSM-III-R. 2. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1991.
56. Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar affective disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995;30:279-92.
57. Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010;2:206-36.

58. Rihmer Z, Angst J. Mood disorders: epidemiology. In: B.J.Sadock, V.A. Sadock, Ruiz P (ed). Kaplan& Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Wolters Klüver/Lippicott Williams & Wilkins; 2009. 1645-1653.
59. Koroğlu E. Psikiyatri temel kitabı. Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü; 2014.
60. American Psychiatric Association. DSM-IV. Washington: D.C: American Psychiatric Association; 1994.
61. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders, Compendium 2002. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2002.
62. Paykel ES. Cognitive therapy in relapse prevention in depression. Int J Neuropsychopharmacol 2007;10:131-6.
63. Üstün TB, Sağduyu A, Rezaki M. Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal sorunlar: Uluslararası DSÖ çalışması. Ankara: HÜTF Psikiyatri Bölümü DSÖ İşbirliği Merkezi Yayını; 1997.
64. Özcan S, Abay E. Bipolar bozukluğun genetiği. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004;5:163-78.
65. Craddock N, Jones I. Molecular genetics of bipolar disorder. Br J Psychiatry 2001;178:128-33.
66. Manning JS, Cannor PD, Sahai A. The bipolar spectrum of depression in primary care. Arch Fam Med 1998;7:63-71.
67. Yazıcı O, Kora K, Üçok A, Tunalı D, Turan N. Predictors of lithium prophylaxis in bipolar patients. J Affect Disord 1999;55:133-42.
68. Uluşahin A, Uluğ B. Bipolar bozukluğun genetiği. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 2004;12:31-8.
69. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective illness: Therapeutic and pathogenic. Biol Psychiatry 1992;2:469-84.
70. Sofuoğlu S, Gönül AS. Bipolar bozukluğun nörobiyolojisi. Duygudurum Bozuklukları Dizisi 2001;6: 288-300.
71. Işık E, Işık U (ed). Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluk. Ankara: Rota Tıp Kitabevi; 2013.
72. Leonard BE. Fundamentals of psychopharmacology. 2nd edition. London: Chishester Willey; 1997.
73. Schildkraut JJ. The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. Am J Psychiatry 1965;122:509-22.
74. Brown GW, Harris TO, Robinson HR. Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. Br J Psychiatry 1994;165:457-65.
75. Pedro L, Delgado MD, Francisco A. Duygudurum bozukluklarının nörokimyası. İn: Stain DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF (eds). Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı. İstanbul: Sigma Publishing; 2007.
76. Thase ME. How should efficacy be evaluated in randomized clinical trials of treatments for depression? J Clin Psych 1999;60:23-32.
77. Brambilla P, Glahn DC, Balestrieri M, Soares JC. Magnetic resonance finding in bipolar disorder. Psychiatry Clin North Am 2005;28:443-67.

78. Ünal A, Kuloğlu M, Atmaca M, Geçici Ö, Tezcan E. Bipolar bozukluğa eşlik eden eksen I ve eksen II tanıları. Türkiye'de Psikiyatri 2007;9:18-25.
79. Mcelroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE. AXIS I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry 2001;158:420-6.
80. Tamam L, Tuğlu C, Karataş G, Özcan S. Adult attention-deficit hyperactivity disorder in patients with bipolar I disorder in remission: Preliminary study. Psychiatry Clin Neurosci 2006;60:480-5.
81. Kawa I, Carter JD, Joyce PR, et al. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity and symptom presentation. Bipolar Disord 2005;7:119-25.
82. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: Re-analysis of the ECA data base taking into account subthreshold cases. J Affect Disord 2000;73:123-31.
83. Morgana VA, Mitchellband PA, Jablensky AV. The epidemiology of bipolar disorder: Sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian national study of low prevalence (psychotic) disorders. Bipolar Disord 2005;7:326-37.
84. Reiser RP, Thompson LW. Bipolar disorder. Washington, Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers; 2005.
85. Krishnan KRR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. Psychosomatic Medicine 2005;67:1-8.
86. Karamustafalıoğlu N, Alpay N, Tomruk B. İki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004;5: 28-36.
87. Mcelroy SL. Diagnosing and treating comorbid (complicated) bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2004;15:35-44.
88. Perlis RH, Brown E, Baker RW, Nierenberg AA. Clinic features of bipolar disorder versus major depressive disorder in large multicenter trials: Am J Psychiatry 2006;163:225-31.
89. Forty L, Smith D, Jones L, et al. Clinical differences between bipolar and unipolar depression. BR J Psychiatry 2008;192:388-9.
90. Godwin GM, Anderson I, Arango C, et al. ECNP consensus meeting, bipolar depression. Eur Neuropsychopharmacol 2008;18:535-49.
91. Bowden CL. A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. J Affect Disord 2005;84:117-25.
92. Dell'Osso L, Placidi GF, Nassi R, et al. The manic depressive mixed state: Familial, temperamental and psychopathologic characteristics in 108 female patients. Eu Arch Psychiatry Clin Neurosci 1991;240:234-9.
93. Suominen K, Mantere O, Valtonen H, et al. Early age onset of bipolar disorder is associated with more severe clinical features but delayed treatment seeking. Bipolar Disord 2007;9:698-705.
94. Hirschfeld RM, Vornik LA. Perceptins and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and

- manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003;64:161-74.
95. Kennedy N, Boydell J, Kalidindi S, et al. Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35 year period in Camberwell, England. *Am J Psychiatry* 2005;162:257-62.
  96. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, et al. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry* 2004;55:875-81.
  97. Ernst CL, Goldberg JF. Clinical features related to age at onset in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2004;82:21-7.
  98. Carlson GA, Bromet EJ, Driessens C, Mojtabai R, Schwartz JE. Age at onset, childhood psychopathology and 2-year outcome in psychotic bipolar. *Am J Psychiatry* 2002;159:307-9.
  99. Galler B, Craney JL, Bolhofner K, et al. Two year prospective follow up of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Am J Psychiatry* 2002;159:927-33.
  100. Jairam R, Srinath S, Grimaji SC, Seshadri SP. A prospective 45 year follow up of juvenile onset bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2004;6:386-94.
  101. Belliver F, Goldmard JL, Rietschel M, et al. Age at onset in bipolar I affective disorder: further evidence for three subgroups. *Am J Psychiatry* 2003;160:999-1001.
  102. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arc Gen Psychiatry* 2002;59:530-7.
  103. Angst J, Vollrath M. The natural history of anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:446-52.
  104. Baldessarini RJ, Tondo L, Baethge CJ, Lepri B, Bratti IM. Effects of treatment latency on response to maintenance treatment in manic-depressive disorders. *Bipolar Disord* 2007;9:386-93.
  105. Ghaemi SN, Goldberg JF. American Psychiatric Association 155th Annual meeting. Philadelphia; 2002.
  106. Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S, et al. Systematic and clinical methodology for validating bipolar II disorder. *J Affective Disorders* 1998;50:163-73.
  107. Lish JD, Meenan SD, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RMA. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994;31:281-94.
  108. Lewis L. A consumer perspective concerning the diagnosis and treatment of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000;48:442-44.
  109. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, et al. Switching from unipolar to bipolar II. An 11 year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:114-23.
  110. Thase ME, Sachs GS. Bipolar depression: pharmacotherapy and related therapeutic strategies. *Biol Psychiatry* 2000;48:558-72.

111. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ et al. The long-term status of the bipolar I vs. bipolar II disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 2003;6: 127-37.
112. Calabrese JR, Shelton MD, Rapport DJ, et al. Current research on rapid cycling bipolar disorder and its treatment. *J Affect Disord* 2001;67:241-55.
113. Fountoulakis KN, Kontis D, Gonda X, Yatham LN. A systematic review of the evidence on the treatment of rapid cycling bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2013;15:115-37.
114. Vieta E, Valenti M. Mixed states in DSM-5; implications for clinical care, education and research. *J Affect Disord* 2013;148:28-36.
115. Marneros A, Wenzel A, Blöink R, Brieger P. Affective and schizoaffective mixed states. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004;254:76-81.
116. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel J, et al. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2006;163:217-24.
117. Özer S, Uluşahin A, Batur S, Kabakçı E, Saka MC. Outcome measures of interepisode bipolar patients in a Turkish sample. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology* 2002;37:31-7.
118. Kesler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.
119. Cusin C, Serretti A, Lattuada E, Mandelli L, Smeraldi E. Impact of clinical variables on illness time course in mood disorders. *Psychiatric research* 2000;97:217-27.
120. Kim EY, Miklowitz DJ. Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *J Affect Disord* 2004;82:343-53.
121. Nolen WA, Luckhenbaugh DA, Altshuler LL, et al. Correlates of 1 year prospective outcome in bipolar disorder: results from the Stanley Foundation Bipolar Network. *Am J Psychiatry* 2004;161:1447-54.
122. Shulman KL, Hermann N. Bipolar disorder in old age. *Can Fam Physician* 1999;45:1229-37.
123. Blehar MC, DePaulo JR, Gershon ES, et al. Women with bipolar disorder: findings from the NIMH genetics initiative sample. *Psychopharmacol Bull* 1998;34:239-43.
124. Rasgon N, Baure M, Glenn T, Elman S, Whybrow PC. Menstrual cycle related mood changes in women with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2003;5:48-52.
125. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: update systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013;346:f3646
126. Yatham LN, Goldstein JM, Vieta E, et al. Atypical antipsychotics for bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2005;28:325-47.

127. Joyce PR. Prediction of treatment response. Paykel ES (ed) Handbook of affective disorders. II. Baskı. Churchill & Livingstone; 1992. 453-462.
128. Hocaoğlu Ç. İki uçlu bozukluk ve intihar davranışı. Journal of Mood Disorders 2013;3:20-2.
129. Holma KM, Haukka J, Suominen K, et al. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. Bipolar Disord 2014;16:652-61.
130. Valtonen H, Suominen K, Mantere O, et al. Suisidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. J Clin Psychiatry 2005;66:1456-62.
131. Haddad PM, Dursun S. Pharmacological management of bipolar depression. Acta Psychiatrica Scandinavica 2002;105:401-3.
132. Bauer M, Pfenning A. Epidemiology of bipolar disorders. Epilepsia 2005;46:8-13.
133. Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ, Cluss PA, Stapf DA. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. J Clin Psychiatry 2002;63:120-5.
134. Baldassano CF. Illness course, comorbidity, gender and suicidality in patients with bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2006;67:8-11.
135. Valtonen HM, Suominen K, Mantere O, et al. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. Bipolar Disord 2006;8:576-85.
136. Ryu V, Jon DJ, Cho HS, et al. Initial depressive episodes affects the risk of suicide attempts in Korean patients with bipolar disorders. Yonsei Medical Journal 2010;51:641-7.
137. Baldessarini RJ, Undurraga J, Vazquez GH, et al. Predominant recurrence polarity among 928 adult international bipolar I disorder patients. Acta Psychiatrica Scandinavica 2012;125:293-302.
138. Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J, et al. Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders. J Clin Psychiatry 1999;60:63-9.
139. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. Social Science & Medicine 1994;38:1-14.
140. Friedland J, McColl M. Disability and depression: some etiological considerations. Social Science & Medicine 1992;34:395-403.
141. Michalak EE, Yatham LN, Wan DD, Lam RW. Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? Can J Psychiatry 2005;50:95-100.
142. Kulaksızoğlu BI. Yaşlılık psikiyatrisi. Işık E, Taner E, Işık U (Ed). Güncel klinik psikiyatri. Ankara; 2008. 527-41.
143. Dohrenwend BS, Dohrenvent BP, Link B, Levav I. Social functioning of psychiatric patients in contrast with community cases in the general population. Arch Gen Psychiatry 1983;40:1174-82.
144. Brewin CR, Wing JK, Mongen SP, Brugha TS, MacCarty B. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC needs for care assesment. Psychol Med 1987;17:971-81.

145. Kraepelin E. Clinical psychiatry: A text book for students and physicians. New York: The Macmillan Co; 1904. 381-421.
146. Harvey PD, Wingo AP, Burdick KE, Baldessarini RJ. Cognition and disability in bipolar disorder: lessons from schizophrenia research. *Bipolar Disord* 2010;12:364-75.
147. 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: 25-37.
148. Elgie R, Morselli PL. Social functioning in bipolar patients: the perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations a review. *Bipolar Disorders* 2007;9:144-57.
149. Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabares-Seisdedos R, et al. Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2009;78:285-97.
150. Levy B, Manove E. Functional outcome in bipolar disorder: the big picture. *Depress Res Treat.* (Serial on the Internet, Cited 2011 sep. 27) 2012: 12 pages.
151. Wingo AP, Harvey PD, Baldessarini RJ. Neurocognitive impairment in bipolar disorder patients: functional implications. *Bipolar Disord* 2009;11:113-25.
152. MacCabe JH, Lambe MP, Cnattingius S, et al. Excellent school performance at age 16 an risk of adult bipolar disorder: national cohort study. *British Journal of Psychiatry* 2010;196:109-15.
153. Huxley N, Baldessarini RJ. Disability and its treatment in bipolar disorder patients. *Bipolar Disord* 2007;9:183-96.
154. Tohen M, Zarate CA Jr, Hennen J, et al. The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence. *Am J Psychiatry* 2003;160:2099-107.
155. Keck PE Jr, McElroy SL, Strakowski SM, et al. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry* 1998;155:646-52.
156. Tohen M, Hennen J, Zarate CM, et al. Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first- episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2000;157:220–8.
157. Conus P, Cotton S, Abdel-Baki A, et al. Symptomatic and functional outcome 12 months after a first episode of psychotic mania: barriers to recovery in a catchment area sample. *Bipolar Disorders* 2006;8:221-31.
158. Martinez-Aran A, Vieta E, Torrent C, et al. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disorders* 2007;9:103-13.
159. Calabrese JR, Hirschfeld RM, Frye MA, Reed ML. Impact of depressive symptoms compared with manic symptoms in bipolar disorder: results of a U.S. community-based sample. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65:1499–504.
160. Tohen M, Greil W, Calabrese JR, et al. Olanzapine versus lithium in the maintenance treatment of bipolar disorder: a 12-month,



- randomized, double-blind, controlled clinical trial. *Am. J. Psychiatry* 2005;162:1281–90.
161. Goetz I, Tohen M, Reed C, Lorenzo M, Vieta E. Functional impairment in patients with mania: baseline results of the EMBLEM study. *Bipolar Disorders* 2007;9:45–52.
  162. Weinstock LM, Miller IW. Functional impairment as a predictor of short-term symptom course in bipolar I disorder. *Bipolar Disord* 2008;10:437–42.
  163. Tabares-Seisdedos R, Balanza-Martinez V, Sanchez-Moreno J et al. Neurocognitive and clinical predictors of functional outcome in patients with schizophrenia and bipolar I disorder at one-year follow-up. *J. Affect. Disord* 2008;109:286–99.
  164. Rosa AR, Bonnin CM, Vazquez GH, et al. Functional impairment in bipolar II disorder: Is it as disabling as bipolar I? *Journal of Affective Disorders* 2010;127:71–6.
  165. Coryell W, Keller M, Endicott J, et al. Bipolar II illness: course and outcome over a five-year period. *Psychological Medicine* 1989;19:129-41.
  166. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. *Arch. Gen. Psychiatry* 2005;62:1322–30.
  167. Wingo AP, Harvey PD. Correlates of recovery of social functioning in types I and II bipolar disorder patients. *Psychiatry Research* 2010;177:131-4.
  168. Cooke RG, Robb JC, Young LT, et al. Well-being and functioning in patients with bipolar disorder assessed using the MOS 20-ITEM short form (SF-20). *J Affective Disorders* 1996;39:93–7.
  169. MacQueen GM, Young LT, Joffe RT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001;103:163-70.
  170. Treuer T, Tohen M. Predicting the course and outcome of bipolar disorder: a review. *European Psychiatry* 2010;25:328-33.
  171. Kauer-Sant'Anna M, Frey BN, Andreazza AC, et al. Anxiety comorbidity and quality of life in bipolar disorder patients. *Canadian Journal of Psychiatry* 2007;52:175-81.
  172. El-Mallakh RS, Hollifield M. Comorbid anxiety in bipolar disorder alters treatment and prognosis. *Psychiatric Quarterly* 2008;79:139-150.
  173. Cannon M, Jones P, Gilvarry C, et al. Premorbid social functioning in schizophrenia and bipolar disorder: similarities and differences. *Am J Psychiatry* 1997;154:1544–50.
  174. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:1635–40.
  175. Martinez-Aran A, Vieta E, Reinares M, et al. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004;2:262–70.
  176. Tohen M, Waternaux CM, Tsuang MT. Outcome in mania. A 4-year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1106–11.

177. MacQueen GM, Young LT, Robb JC, et al. Effect of number of episodes on wellbeing and functioning of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;101:374–81.
178. Rosa A, Reinares M, Franco C, et al. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. *Bipolar Disord* 2009;11:401–9.
179. Zarate CA, Tohen M, Land M, Cavanagh S. Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatric Quarterly* 2000;71:309–29.
180. Andreou C, Bozikas VP. The predictive significance of neurocognitive factors for functional outcome in bipolar disorder. *Current Opinion in Psychiatry* 2013;26:54-9.
181. Fountoulakis KN, Pantoula E, Siamouli M, et al. Development of the risk assessment suicidality scale (RASS): A population-based study. *Journal of Affective Disorders* 2012;138:449-57.
182. Page RM. Loneliness as a risk factor in adolescent hopelessness. *Journal of Research in Personality* 1991;25:189-95.
183. Batıgün AD. İntihar olasılığı: yaşamı sürdürme nedenleri, umutsuzluk ve yalnızlık açısından bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005;16:29-39.
184. Beck AT, Weishaar ME. Suicide risk assessment and prediction. *Crisis* 1990;11:22-30.
185. Weishaar ME, Beck AT. Hopelessness and suicide. *International Review of Psychiatry* 1992;4:177-84.
186. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:180-206.
187. Durak A, Palabıyıköğlü R. Beck Umutsuzluk Ölçeği geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi* 1994;2:311-9.
188. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985;142:559–63.
189. Brown G, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk Factors for suicide in psychiatric year outpatients, a 20-prospective study. *J Consulting Clinical Psychology* 2000;68:371-7.
190. Beck AT. Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Annals of New York Academy Sciences* 1986;487:90-6.
191. Beck AT, Brown G, Steer RA. Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *J. Consulting Clinical Psychology* 1989;57:309-10.
192. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide; a replication with psychiatric outpatients. *Am. J. Psychiatry* 1990;147:190-5.
193. Saltz A, Marsh S. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am. J. Psychiatry* 1990; 147:190-5.
194. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness. New York: Oxford University Press; 2007.

195. Valtonen HM, Suominen K, Haukka J, et al. Hopelessness Across Phases of Bipolar I and II Disorder: A Prospective Study. *Journal of Affective Disorders* 2009;115:11-7.
196. Shabani A, Teimurinejad S, Koka S, et al. Suicide risk factors in Iranian patients with bipolar disorder: a 21 month follow up from BDPF study. *Iranian J Psychiatry Behavioral Sciences* 2013;7:16-23.
197. Rosa AR, Franco C, Martínez-Aran A, et al. Functional Impairment in Patients with Remitted Bipolar Disorder. *Psychother Psychosom.* 2008;77:390-2.
198. Ferrier IN, Stanton BR, Kelly TP, Scott J. Neuropsychological function in euthymic patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry.* 1999;175:246–51.
199. Chowdury R, Ferrier IN, Thompson JM. Cognitive dysfunction in bipolar disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2003;16:7–12.
200. Rubinsztein JS, Michael A, Paykel ES, Sahakian BJ. Cognitive impairment in remission in bipolar affective disorder. *Psychological Medicine* 2000;30:1025–36.
201. Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S, Lam RW. Bipolar disorder and quality of life: A patient-centered perspective. *Quality of Life Research* 2006;15:25–37.
202. Gazalle FK, Hallal PC, Tramontina J, et al. Polypharmacy and suicide attempts in bipolar disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2007;29:35–8.
203. Malloy-Diniz LF, Neves FS, Abrantes SSC, Fuentes D, Correa H. Suicide behavior and neuropsychological assessment of type I bipolar patients. *Journal of Affective Disorders* 2009;112:231–6.
204. Moor S, Crowe M, Luty S, Carter J, Joyce PR. Effects of comorbidity and early age of onset in young people with bipolar disorder on self harming behaviour and suicide attempts. *Journal of Affective Disorders* 2012;136:1212–5.
205. Perroud N, Baud P, Preisig M, et al. Social phobia is associated with suicide attempt history in bipolar inpatients. *Bipolar Disorders* 2007;9:713–21.
206. Sala R, Goldstein BI, Morcillo C, et al. Course of comorbid anxiety disorders among adults with bipolar disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatric Research* 2012;46:865–72.
207. Thibodeau MA, Welch PG, Sareen J, Asmundson GJ. Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: Propensity score matching in two epidemiological samples. *Depress Anxiety* 2013;30:947–54.
208. Young LT, Cooke RG, Robb JC, Levitt AJ, Joffe RT. Anxious and non-anxious bipolar disorder. *J Affect Disord* 1993;29:49-52.
209. Hamilton MA. Rating scale for depression. *J Neurol Neurosur Psychiatry* 1960;23:56-62.
210. Aydemir Ö, Deveci A, İçelli. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği Yapılandırılmış Mevsimsel Dugudurum Bozukluğu Versiyonu'nun güvenilirlik ve geçerliliği. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006;8:18-21.

211. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. Arating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978;133:429-35.
212. Karadağ F, Oral ET, Yalçın AF, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;13:107-14.
213. Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *Eur Neuropsychopharmacol* 1997;7:57-70.
214. Akkaya C, Sarandöl A, Danacı AE ve ark. Sosyal uyum kendini değerlendirme ölçeği (SUKDÖ) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008;19:292-9.
215. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirliği. *Kriz Dergisi* 1993;1:139-42.
216. Rosa AR, Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, et al. Validity and reliability of the functioning assessment short test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2007;3:1-5.
217. Aydemir Ö, Uykur B. Reliability and validity study of the Turkish version of functioning assessment short test in bipolar disorder. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012;23:193-200.
218. Levine S, Ancill RJ, Roberts AP. Assessment of suicide risk by computer delivered self-rating questionnaire: preliminary findings. *Acta Psychiatrica Scand* 1989;80:216-20.
219. Dilbaz N, Holat H, Bayram G, Tüzer T. İntihar düşüncesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. 31. Ulusal Psikiyatri Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı. 1995. 40-41.
220. Spielberger CD, Gorsuch RC, Luschene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. California: Consulting Psychologists Press. 1970.
221. Öner N, LeCompte A. Durumluluk/süreklilik kaygı envanteri el kitabı. İstanbul: Boğaziçi Yayınları; 1983.
222. Azorin JM, Kaladjian A, Adida M, et al. Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: Findings from a French national cohort. *Comprehensive Psychiatry* 2009;50:115-20.
223. Engin T. Özel gruplarda intihar: yaşlı intiharları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi* 2008;1:34-9.
224. Özgüven HD. İntihar davranışının epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi* 2008;1:1-7.
225. Özer S. Yaşlılarda sık rastlanan psikiyatrik sorunlar. Kutsal YG, Selekler K (Ed). Yaşlılık: sık rastlanan sorunlar. Ankara: 2007. 96-123.
226. Apfeldorf WJ, Alexopoulos GS. Late-life mood disorders. In: Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME (eds). *Principles of Geriatric Medicine & Gerontology*. 5th ed. New York: Mc Graw Hill; 2003. 1451-1452.
227. Abreu LND, Lafer B, Baca-Garcia E, Oquendo MA. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: An update for the clinician. *Revista Bras Psiquiatria*. 2009;31:271-80.

228. Marangell LB, Bauer MS, Dennehy EB, et al. Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1556 patients with bipolar disorder followed for up to 2 years. *Bipolar Disord*. 2006;8:566-75.
229. Galfalvy H, Oquendo MA, Carballo JJ et al. Predictors of suicidal acts after a major depression in bipolar disorder: A prospective study. *Bipolar Disord* 2006;8:586-95.
230. Kuo WH, Gallo JJ, Tien AY. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13 year follow up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychological Medicine*. 2001;31:1181-91.
231. Costa LS, Alencar AP, Neto PJN, et al. Risk factors for suicide in bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Affective Disorders* 2015;170: 237-54.
232. Michael JO, Nierenberg AA, Rabideau D, et al. A clinical measure of suicidal ideation, suicidal behavior, and associated symptoms in bipolar disorder: psychometric properties of the concise health risk tracking self-report (CHRT-SR). *Journal of Psychiatric Research* 2015;71:126-33.
233. Bottlender R, Jager M, Strauss A, Moller HJ. Suicidality in bipolar compared to unipolar depressed inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000;250:257-61.
234. Grunebaum MF, Ramsay SR, Galfalvy HC, et al. Correlates of suicide attempt history in bipolar disorder: A stress-diathesis perspective. *Bipolar Disord* 2006;8:551-7.
235. Ummamaheswari V, Avasthi A, Grover S. Risk factor for suicidal ideations in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2014;16:642-651.
236. İzci F, Fındıklı EK, Zincir S, Zincir SB, Koç MI. The differences in temperament-character traits, suicide attempts, impulsivity and functionality levels of patients with bipolar disorder I and II. *Neuropsychiatr Disease and Treatment* 2016;12:177-84.
237. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and suicidal behaviour: an overview. *Journal of the American Medical Association*. 1975;234:1146-9.
238. Acosta FJ, Vega D, Torralba L, et al. Hopelessness and suicidal risk in bipolar disorder. A study in clinically nonsyndromal patients. *Comprehensive Psychiatry* 2012;53:1103-9.
239. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry* 2005;66:693-704.
240. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006;114:151-8.
241. Valtonen HM, Suominen K, Mantere O, et al. Suicidal behavior during different phases of bipolar disorder. *J Affect Disord* 2007;97:101-7.
242. Johnson SL, McMurrich SL, Yates M. Suicidality in bipolar I disorder. *Suicide and Life-threatening Behavior* 2005;35:681-9.

243. Beck AT, Steer RA, Garbing MG. Psychometric properties of Beck Depression Inventory: Twenty-five years clinical evaluation. *Clinical Psychology Review* 1988;8:77–100.
244. Aaltonen K, Naatanen P, Heikkinen M, et al. Differences and similarities of risk factors for suicidal ideation and attempts among patients with depressive or bipolar disorders. *Journal Affective Disorders* 2016;193:318-30.
245. Antypa N, Serretti A. Family history of a mood disorder indicates a more severe bipolar disorder. *Journal of Affect Disorders* 2014;156:178-86.
246. Burdick KE, Goldberg JF, Harrow M. Neurocognitive dysfunction and psychosocial outcome in patient with bipolar I disorder at 15-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2010;122:499-506.
247. Goldberg JF, Harrow M. A 15-year prospective follow-up of bipolar affective disorders: Comparisons with unipolar nonpsychotic depression. *Bipolar disord* 2011;13:155-63.
248. Weinstrock LM, Miller IW. Functional impairment as a predictor of short-term symptom course in BD-I. *Bipolar Disorders* 2008;10:437-42.
249. MacKinnon DF, Zandi PP, Gershon E et al. Rapid switching of mood in families with multiple cases of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry* 2003;60:921-8.
250. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, et al. Residual Symptom Recovery From Major Affective Episodes in Bipolar Disorders and Rapid Episode Relapse/Recurrence. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:386-94.
251. Romans SE, McPherson HM. The social networks of bipolar affective disorder patients. *Journal of Affective Disorders* 1992;25:221-8.

## EKLER

### Ek-1: Sosyodemografik Veri Formu

Sayın katılımcı;

Bu araştırmada özkıyım girişiminde bulunan ve bulunmayan iki uçlu bozukluk hastalarında intihar düşüncesi, umutsuzluk, kaygı ve işlevsellik düzeylerinin karşılaştırılması planlanmıştır. Bu anketten toplanan veriler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Ankete katılmayı kabul ettiğiniz ve soruları özenle cevapladığınız için teşekkür ederiz.

Adı ve Soyadı:

Protokol Numarası:

Cinsiyet: kadın( ) erkek( )

Yaş (yıl):.....

Medeni Durumu: bekar( ) evli( ) dul/boşanmış( )

Eğitim Düzeyi: okur yazar( ) ilkokul mezunu( ) ortaokul mezunu( ) lise mezunu( )  
yüksek okul mezunu( )

Meslek: işsiz( ) ev hanımı( ) memur( ) işçi( ) serbest meslek( ) emekli( ) öğrenci( )

Hastalık başlangıç yaşı:.....

Hastalık süresi(ay):.....

Toplam dönem sayısı:.....

Manik dönem sayısı:.....

Depresif dönem sayısı:.....

Karma dönem sayısı:.....

Psikotik bulgulu dönem sayısı:.....

Hastanede yatış sayısı:.....

Şuan kullandığı ilaçlar:.....

Geçmişte intihar girişimi oldu mu?: evet( ) hayır( )

Geçmişte intihar girişimi oldu ise sayısı:.....

1.Derece akrabalarında Bipolar Bozukluk tanılı kişi var mı?.....

Ek psikiyatrik hastalığı var mı?: evet( ) hayır( )

Ek psikiyatrik hastalığı varsa tanısı:.....

## Ek-2: Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği (HAM-D)

### Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu Versiyonu İçin Yapılandırılmış Görüşme Kılavuzu

H1	<p>(Kendinizi iyi hissettiğiniz zamana göre) geçtiğimiz hafta içinde ruh haliniz nasıldı?</p> <p>Kendinizi mutsuz ya da çökkün hissediyor muydunuz? Üzgün? Ümitsiz? Çaresiz? Değersiz?</p> <p>Geçtiğimiz haftada, hangi sıklıkta (hastanın ifadesiyle eşdeğer) hissettiniz? Her gün? Gün boyu?</p> <p>Hiç ağlıyor muydunuz? Eğer 1-4 üzerinde puan almışsa, sorun: Ne zamandır böyle hissediyorsunuz?</p>	<p><b>DEPRESİF RUH HALİ</b> (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)</p> <p>0. Yok</p> <p>1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.</p> <p>2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.</p> <p>3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.</p> <p>4. <b>YALNIZCA ÜSTÜ ÖRTÜLÜ OLARAK:</b> sözel ya da sözel olmayan</p>
H2	<p>Eğer ayaktan hasta ise: Bu hafta (evde ya da ev dışında) çalışabildiniz mi? Eğer hayır ise: Neden çalışamadınız?</p> <p>Eğer çalışmaktaysa: (İyi hissettiğiniz zamandaki gibi) her zaman yapabildiğiniz miktarda iş yapabiliyor muydunuz?</p> <p>(İş dışında) geçtiğimiz hafta içinde zamanınızı nasıl geçiriyordunuz?</p> <p>(Belirttiği şeyleri) yapmaktan zevk alıyor muydunuz, yoksa yapmak için kendinizi zorluyor muydunuz?</p> <p>Eskiden yapıp şu anda yapmayı bıraktığınız şeyler var mı? <b>EĞER EVET İSE:</b> Neden?</p> <p>Olmasını beklediğiniz herhangi bir şey var mı?</p>	<p><b>ÇALIŞMA VE AKTİVİTELER</b></p> <p>0. Herhangi bir sorunu yok.</p> <p>1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak yetersizlik duyguları ya da düşünceleri</p> <p>2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da kayıtsız, kararsız ya da mütereddit olmasından anlaşılıyor (işine ya da aktivitelerine kendini vermesi gerektiğini düşünüyor).</p> <p>3. Aktivitelerine harcadığı süre ya da üretkenlik azalmış. Hastanede yatarken klinik işlerinin dışında her gün 3 saatten daha az zaman harcıyor.</p> <p>4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermiyor ya da servis işlerini bile yardımsız yapamıyor.</p>
A1	<p>Geçtiğimiz hafta, kendinizi iyi hissettiğiniz zamana göre insanlarla daha az zaman geçiriyor muydunuz ya da daha az sohbet ediyor muydunuz? <b>EĞER EVET İSE:</b> İnsanlarla birlikte olma konusu daha mı az ilginizi çekiyor ya da gerçekten bu konuya daha mı az zaman harcıyorsunuz? Ailenizle daha mı az ilişki içindeydiniz? Ya iş yerinizdeki arkadaşlarınızla? Bu sizin için ne derece büyük bir değişikliktir? <b>EĞER HAYIR İSE:</b> İnsanlarla ilişki içinde olsanız bile, insanlarla ilişki içinde olmak daha az ilginizi çekiyor mu?</p>	<p><b>KENDİNİ TOPLUMDAN SOYUTLAMA</b></p> <p>0-Her zamanki gibi başka insanlarla ilişki içindedir</p> <p>1-Başka insanlarla ilişki içinde olma konusuyla çok istekli değildir ama kurmayı sürdürür</p> <p>2-Sosyal (isteğe bağlı) ortamlarda başka insanlarla daha az ilişki içindedir</p> <p>3-İş ya da aile ortamlarında (gerekli olduğu zaman) başka insanlarla daha az ilişki içindedir</p> <p>4-İş ya da aile ortamlarında başkalarından belirgin olarak kendini soyutlar</p>



H3	<p>Normal durumunuza göre, geçtiğimiz hafta cinsel isteğiniz nasıldı? (Yalnızca cinsel ilişkide bulunup bulunmadığınızı değil, aynı zamanda cinselliğe olan ilginizi de soruyorum – ne ölçüde aklınıza geliyordu.)</p> <p>Cinselliğe olan ilginizde herhangi bir değişiklik oldu mu? (çökkün olmadığınız döneme göre)?</p> <p>Cinsellik aklınıza sıkça takılan bir konu mudur? Eğer hayır ise: İyi hissettiğiniz zamana göre, bu sizin için farklı bir durum mu? (Biraz daha mı az, yoksa çok daha mı az?)</p>	<p><b>GENİTAL SEMPTOMLAR</b> (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)</p> <p>0. Yok / Anlaşılamadı</p> <p>1. Hafif</p> <p>2. Şiddetli</p>
H4	<p>Geçtiğimiz hafta içinde iştahınız nasıldı? (Normal iştahınızla kıyasladığınız zaman?)</p> <p>Yemek için kendinizi zorluyor muydunuz?</p> <p>Çevrenizdeki insanlar yemeniz için sizi zorluyorlar mıydı? (Öğün atlıyor muydunuz?)</p> <p>Mide ya da barsak rahatsızlığınız oluyor muydu? (Bunlar için herhangi bir şey almak zorunda kaldınız mı?)</p>	<p><b>SOMATİK SEMPTOMLAR</b> <b>GASTROİNTESTİNAL:</b></p> <p>0. Yok.</p> <p>1. İştahsız, ancak ısrar olmaksızın yiyor.</p> <p>2. Başka biri zorlamasa yemek yemiyor. Gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.</p>
H5	<p>Çökkün ya da moralsiz hissettiğinizden beri, hiç kilo verdiniz mi?</p> <p><b>EĞER EVET İSE:</b> Son bir hafta içinde hiç kilo verdiniz mi? (Çökkün hissettiğiniz için miydi?) Ne kadar verdiniz?</p> <p>Emin değilseniz: Giysilerinizin artık bol geldiğini düşünüyor musunuz?</p>	<p><b>ZAYIFLAMA</b> (A ya da B'yi doldurunuz)</p> <p>A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)</p> <p>0. Kilo kaybı yok.</p> <p>1. Varolan hastalığına bağlı olası zayıflama.</p> <p>2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı</p> <p>3. Değerlendirilemedi</p> <p>B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde</p> <p>0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.</p> <p>1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama</p> <p>2. Haftada 1 kg'dan daha fazla zayıflama</p> <p>3. Değerlendirilemedi</p> <p>Kaydedin: Eğer olanaklıysa, 3 puan vermekten kaçınınız</p>
A2	<p>Son bir hafta içinde kilo aldınız mı?</p> <p><b>EĞER EVET İSE:</b> Çökkün ya da mutsuz hissetmeniz yüzünden miydi? Ne kadar aldınız?</p>	<p><b>KİLO ALIM</b></p> <p>0-kilo alımı yok</p> <p>1-varolan depresyona bağlı olası kilo alımı</p> <p>2-(hastaya göre) depresyona bağlı kesin kilo alımı</p>

A3	Geçtiğimiz hafta içinde, kendinizi iyi ya da normal hissettiğiniz zamana göre iştahınız arttı mı? EĞER EVET İSE: Kendinizi iyi ya da normal hissettiğiniz zamana göre, biraz fazla, oldukça fazla ya da çok daha fazla mı yemek yemek istiyordunuz?	<b>İŞTAH ARTIŞI</b> 0-iştahta artış yok 1-her zamankinden biraz daha fazla yemek istiyor 2-her zamankinden oldukça daha fazla yemek istiyor 3-her zamankinden çok daha fazla yemek istiyor
A4	Geçtiğimiz hafta içinde, kendinizi iyi ya da normal hissettiğiniz zamana göre daha mı çok yemek yiyordunuz? EĞER EVET İSE: Kendinizi iyi ya da normal hissettiğiniz zamana göre, biraz fazla, oldukça fazla ya da çok daha fazla mı?	<b>YEMEDE ARTIŞ</b> 0-her zamankinden fazla yemiyor 1-her zamankinden biraz fazla yiyor 2-her zamankinden oldukça fazla yiyor 3-her zamankinden çok daha fazla yiyor
	<b>A5 ÖNCESİ SORULACAK SORULAR</b>  Geçtiğimiz hafta içinde, daha çok hamur işi ya da tatlı gıdaları canınız çekiyor muydu ya da yiyor muydunuz?  EĞER EVET İSE: 1-Temel olarak hamur işi mi yoksa tatlı mı? Özellikle hangi gıdaları canınız çekiyordu? Liste:  2-Hamur işi ya da tatlı gıdaları daha çok yiyor muydunuz, yoksa yalnızca canınız mı çekiyordu?  3-Bu (can çekmesi ya da yeme) çoğu kez günün belli bir zamanında mı ortaya çıkıyordu? (saat .....)  Değerlendirmeci: Eğer karbonhidrat aşermesi ya da yemesi yoksa, (aşağıdaki) A5 maddesine "0" puanı verin ve soruyu atlayın	Birini ya da ikisini işaretleyin: temelde hamur işi ( ) temelde tatlı ( )  Birini ya da ikisini işaretleyin: aşerme ( ) yeme ( )  Alışılmış aşerme ya da yeme zamanı: 0-değişik zamanlarda ortaya çıkıyor 1-çoğu kez sabah 2-çoğu kez öğleden sonra ya da akşam 3-üstü örtülü olarak hemen her zaman  Değerlendirmeci: Eğer hem aşerme hem de yeme var ise, yeme zamanını puanlayın. Bu puanı ölçek toplam puanı içinde saymayın.
A5	İyi ya da normal hissettiğiniz zamana göre daha fazla hamur işi ya da tatlı gıda (yiyor muydunuz / canınız çekiyor muydu), bu çok daha mı fazlaydı yoksa sizin için karşı konulamaz mıydı?	<b>KARBONHİDRAT YEME YA DA AŞERME</b> (yenilen ya da arzu edilen toplam gıda miktarıyla ilişkili olarak) 0-gıda seçiminde ya da tüketiminde değişiklik yok 1-eskiye göre daha fazla karbonhidrat (hamur işi ya da tatlı) aşerme ya da yeme 2-eskiye göre çok daha fazla karbonhidrat aşerme ya da yeme 3-tatlı ya da hamur işi gıdaları karşı koyulmaz biçimde aşerme ya da yeme
H6	Geçtiğimiz haftadaki uykunuz ile ilgili bazı sorular sormak istiyorum.  İlk yattığınızda uykuya dalmada güçlük çekiyor muydunuz? (Yatağa hemen yattıktan sonra uykuya dalmak ne kadar sürüyordu?)  Bu hafta kaç gece uykuya dalmada güçlük çektiniz?	<b>UYKUYA DALAMAMA</b> 0. Uykuya dalmada zorluk çekmiyor. 1. Bazen gece yattığında uyuyamadığından yakınıyor-yarım saatten fazla süreli. 2. Her gece uykuya dalma güçlüğünden yakınıyor.

H7	<p>Geçtiğimiz hafta boyunca, gece yarısı uykudan uyanıyor muydunuz? EĞER EVET İSE: Yataktan kalkıyor muydunuz? Kalkınca ne yapıyordunuz? (Yalnızca tuvalete mi gidiyordunuz?)</p> <p>Yeniden yattığınızda hemen uykuya dalabiliyor muydunuz? Bazı geceler uykunuzun rahatsız ya da huzursuz olduğunu hissettiniz mi?</p>	<p><b>GECE SIK UYANMA</b></p> <p>0. Herhangi bir sorunu yok.</p> <p>1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan yakınıyor.</p> <p>2. Gece yarısı uyanıyor- yataktan kalkma (tuvalet gereksinimi hariç).</p>
H8	<p>H8 Geçtiğimiz hafta sabahları en geç saat kaçta uyanıyordunuz? (Uyanma saati:.....)</p> <p>Eğer erken ise: Çalar saat ile mi, yoksa kendiliğinizden mi uyanıyordunuz? Normalde saat kaçta uyanırsınız (yani kendinizi iyi hissettiğiniz zaman)?</p>	<p><b>SABAH ERKEN UYANMA</b></p> <p>0. Herhangi bir sorunu yok.</p> <p>1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.</p> <p>2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.</p>
A6	<p>Geçtiğimiz hafta her zamankinden daha mı fazla uyuyordunuz? Saat kaçta uykuya dalıyordunuz? (Uykuya dalma saati:.....)</p> <p>Gündüz şekerlemesi yapıyor muydunuz? (Günde kaç kez:.....)</p> <p>Hafta sonu uyku süreniz değişiklik gösteriyor muydu? Yani geçtiğimiz hafta boyunca günde toplam .... saat uyudunuz? (onaylatın.)</p> <p>Kendinizi iyi hissederken normalde kaç saat uyursunuz?</p>	<p><b>AŞIRI UYKU</b></p> <p>(Hipomanik uyku miktarıyla değil, ötimik zamandaki uyku miktarı ile karşılaştırın. Eğer bunu sağlayamazsanız, uykuyu 8 saat değerlendirin):</p> <p>0-uyku miktarında artış yok</p> <p>1-uyku miktarında en az 1 saatlik artış</p> <p>2-2 saat üzeri artış</p> <p>3- 3 saat üzeri artış</p> <p>4- 4 saat üzeri artış</p> <p>Temel alınan uyku süresi (birini işaretleyin)</p> <p>Ötimik (.....)8 saat</p>
	<p>Değerlendirmeci: H8 ve A6 maddelerinin yanıtlarını da göz önünde bulundurun.</p> <p>Geçtiğimiz hafta, sabahları uyanmakta ne kadar güçlük çekiyordunuz? Çalar saatle mi uyanmak zorunda kalıyordunuz? Tamamen kendinize gelmek ne kadar zamanınızı alıyordu?</p> <p>Uyandıığınızda kendinizi zinde mi yoksa uykulu mu hissediyordunuz? Yataktan kalkmakta ne kadar güçlük çekiyordunuz? Çalar saati boş verip yeniden uyuyor muydunuz? Peki ya hafta sonları nasıldı?</p>	<p><b>UYANMADA GÜÇLÜK</b></p> <p>(hafta sonları dahil)</p> <p>0-güçlük yok</p> <p>1-istenen zamanda uyanmak için çalar saate gerek duyar. 30 dakika içinde tamamen uyanır</p> <p>2-çalar saatten en az 30 dakika sonra hala kendini uykulu hisseder</p> <p>3-yataktan kalkmak büyük çaba gerektirir, çalar saatten en az 3 saat sonra hala uykulu hisseder</p> <p>4-çalar saatten sonra çoğunlukla uykuya dalar, en az 5 saat sonra hala uykulu hisseder.</p> <p>Çalar saat zamanı:..... (24 saatlik kadranda)</p> <p>Değerlendirmeci: Bu puanı ölçek toplam puanı içinde saymayın.</p>

H9	<p>Geçtiğimiz hafta, gücünüz-kuvvetiniz nasıldı?</p> <p><b>EĞER ENERJİ EKSİKLİĞİ VARSA:</b> Kendinizi yorgun hissediyor muydunuz? (Zamanın ne kadarında? Ne denli kötü bir durumdu?)</p> <p>Bu hafta herhangi bir ağrı ya da sızın var mıydı? (Ya bel ağrısı, baş ağrısı ya da kas ağrıları?)</p> <p>Kol ve bacaklarınızda, belinizde ya da başınızda ağırlık hissediyor muydunuz?</p>	<p><b>SOMATİK SEMPTOMLAR GENEL</b></p> <p>0. Yok.</p> <p>1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.</p> <p>2. Herhangi bir kesin şikayet</p>
H10	<p>Geçtiğimiz hafta bazı şeyleri yanlış yaptığınızı ya da başka insanları hayal kırıklığına uğrattığınızı hissederek kendinizi eleştiriyor muydunuz? <b>EĞER EVET İSE:</b> Düşünceleriniz neydi?</p> <p>Yaptığınız ya da yapamadığınız herhangi bir şey konusunda suçluluk hissediyor musunuz? Ya çok uzun zaman önce olmuş şeyler konusunda?</p> <p>(BU DEPRESYONU) bir biçimde kendi başınıza kendinizin getirdiğini düşünüyor musunuz?</p> <p>Hastalanmanızın size cezalandırma olduğunu hissediyor musunuz?</p>	<p><b>SUÇLULUK DUYGULARI</b></p> <p>0. Yok</p> <p>1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.</p> <p>2. Geçmişteki hatalarından ya da günahlarından dolayı suçluluk düşünceleri ya da düşünce uğraşları.</p> <p>3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırma değil. Suçluluk sanrıları.</p> <p>4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel varlıklar görüyor.</p>
H11	<p>Geçtiğimiz hafta hayatın yaşamaya değer olmadığına dair düşünceleriniz oldu mu? <b>EĞER EVET İSE:</b> Peki ya keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler? Kendinize zarar verme ya da öldürme düşünceleri oldu mu?</p> <p><b>EĞER EVET İSE:</b> Neler düşündünüz? Gerçekten kendinize zarar verecek bir şey yaptınız mı?</p>	<p><b>İNTİHAR</b></p> <p>0. Yok.</p> <p>1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.</p> <p>2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.</p> <p>3. İntihar düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.</p> <p>4. İntihar girişiminde bulunmuş.</p>
H12	<p>Geçtiğimiz hafta kendinizi özellikle gergin ya da sinirli hissediyor muydunuz? <b>EĞER EVET İSE:</b> Peki bu, çökkün ya da üzgün olmadığınız zamankinden daha mı fazla?</p> <p>Alışık olmadık biçimde kavgacı ya da sabırsız mıydınız?</p> <p>Normalde kaygılanmayacağınız önemsiz küçük şeyler için çok fazla kaygılandığınız oldu mu? <b>EĞER EVET İSE:</b> Örneğin ne gibi?</p>	<p><b>RUHSAL ANKSİYETE</b></p> <p>0. Herhangi bir sorun yok.</p> <p>1. Subjektif gerilim ve irritabilite.</p> <p>2. Küçük şeylere üzülen.</p> <p>3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.</p> <p>4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.</p>

H13	<p>Geçtiğimiz hafta, bazen ruhsal endişeyle birlikte görülen okuyacağım bedensel belirtilerden herhangi biri var mıydı? Ben size listeyi yavaş okuyacağım - eğer belirtilerden biri varsa, lütfen kesip belirtin. (VAROLAN BELİRTİLERİ SAĞ TARAFTA DAİRE İÇİNE ALIN.) ağız kuruluğu, hazımsızlık, gaz, ishal, mide krampı, geğirme, çarpıntı, başağrısı, soluk soluğa kalma, yüksek sesle iç çekme, sık idrara çıkma, terleme</p> <p>Bunlar yalnızca kendinizi çökkün ya da mutsuz hissetmekteyken mi ortaya çıkıyordu? EĞER EVET İSE: Geçtiğimiz hafta bunlar sizi ne ölçüde rahatsız etti? (Ne ölçüde rahatsızlık yarattı? Bunlar zamanın ne kadarında ya da ne sıklıkta vardı?)</p> <p>Herhangi bir bedensel hastalığınız var mı ya da bu belirtilere yol açabilecek herhangi bir ilaç alıyor musunuz?</p> <p>(EĞER EVET İSE: Bedensel hastalığı ya da ilacı kaydedin, ama her durumda belirtileri puanlayın: .....)</p>	<p><b>SOMATİK ANKSİYETE</b> (anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar: Gastrointestinal - Ağız kuruluğu, hazımsızlık, gaz, ishal, mide krampı, geğirme Kardiyovasküler - Çarpıntı, baş ağrısı Solunumla ilgili - hiperventilasyon, iç çekme Sık idrara çıkma Terleme)</p> <p>0. Yok. 1. Hafif 2. İlimli 3. Şiddetli 4. Aşırı şiddetli</p>
H14	<p>Geçtiğimiz hafta, düşünceleriniz ne ölçüde beden sağlığınıza ya da bedeninizin nasıl çalıştığına odaklanıyordu (normal düşüncelerinizle kıyaslayınca)? (Hasta olmaktan ya da hastalanmaktan çok evhamlanıyor muydunuz? Gerçekten bununla meşgul oluyor muydunuz?)</p> <p>Geçtiğimiz hafta, bedensel olarak kendinizi nasıl hissettiğiniz konusunda çok yakınır mıydınız?</p> <p>Gerçekten kendinizin yapabileceği şeyler konusunda başkalarından yardım ister misiniz? EĞER EVET İSE: Örneğin ne gibi? Ne sıklıkta oldu?</p>	<p><b>HİPOKONDRIYAZIS</b></p> <p>0. Yok. 1. Kuruntulu (sağlığı konusunda) 2. Aklını sağlık konularına takmış durumda. 3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor. 4. Hipokondriyak sanrılar</p>
H15	<p>Görüşme sırasındaki gözleminize dayanarak puanlayın.</p>	<p><b>İÇGÖRÜ</b></p> <p>0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde ya da depresyonda değil. 1. Hastalığını biliyor ama bunu kötü yiyeceklere, aşırı çalışmaya, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor. 2. Hasta olduğunu hiç kabul etmiyor.</p>

H16	Görüşme sırasındaki gözleminize dayanarak puanlayın.  EĞER TELEFON GÖRÜŞMESİ İSE: Konuşmanızın ya da bedensel hareketlerinizin ağırlaştığını hissediyor musunuz? Hiç sizde bu durumu fark edip belirten oldu mu?	<b>RETARDASYON</b> (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma) 0. Düşünceleri ve konuşması normal. 1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor. 2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor. 3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor 4. Tam stuporda.
H16	Görüşme sırasındaki gözleminize dayanarak puanlayın.  EĞER TELEFON GÖRÜŞMESİ İSE: Konuştuğumuz gibi, kıpır kıpır hareket halinde ya da oturduğunuz yerde oturamaz durumda mısınız? Örneğin ellerinizle oynamak, saçınızı çekiştirmek ya da ayağınızı vurmak gibi şeyler yapıyor musunuz? Huzursuz olduğunuzu başkaları fark ediyor mu?	<b>AJİTASYON</b> 0. Yok. 1. Kıpır kıpır olma 2. Elleriyle oynama, saçını çekiştirme vb. 3. Hareket etme, sakin biçimde oturamama 4. Elini ovuşturma, tırnak yeme, saçını yolma, dudaklarını ısırma.
	17 Maddeli HAM-D Toplam Puanı (işaretili maddeler dışında):	.....
	Geçtiğimiz hafta boyunca, uyandıktan sonraki ilk saatlerde, akşam yeniden yatmadan önceki zamana göre kendinizi daha iyi mi, daha kötü mü, yoksa aynı mı hissediyordunuz?	<b>GÜN İÇİ DEĞİŞKENLİK TIP A:</b> A. Belirtilerin uyandıktan sonra mı yoksa yatmadan önce mi daha kötü olduğunu kaydedin. Eğer gün içi değişkenlik yoksa, yok diye işaretleyin: 0-değişkenlik yok ya da şu anda depresyonda değil 1-uyandıktan sonra daha kötü 2-yatmadan önce daha kötü Değerlendirmeci: Bu puanı ölçek toplam puanı içinde saymayın.
H18	EĞER DEĞİŞKENLİK VAR İSE: (SABAH YA DA AKŞAM) kendinizi ne kadar daha kötü hissediyorsunuz? EĞER EMİN DEĞİLSENİZ: Biraz daha kötü ya da çok daha kötü?	B. Var ise: değişkenliğin şiddetini kaydedin: 0-yok 1-hafif 2-şiddetli
A8	Bu hafta öğleden sonra ya da akşam saatlerinde düzenli biçimde, ruh halinizde ya da enerjinizde bir düşüş oluyor muydu? (Bu “düşüş” ile, bir zaman sonra enerjinizin yerine gelmesini ve gücünüzü yeniden toplamanızı kastediyorum.)  EĞER EVET İSE: Çoğunlukla ruh halinizde mi yoksa enerjinizde mi oluyordu? Her gün oluyor muydu? Genellikle saat kaçta düşüş başlıyordu? (SAAT .....). Ne zaman bitiyordu? Yatmadan en az bir saat önce bitiyor muydu? Ne ölçüde bir düşüş yaşıyordunuz – bunun için genellikle hafif, orta ya da şiddetli mi diye belirtebilirsiniz?	<b>GÜN İÇİ DEĞİŞİKLİK TIP B</b> 0-hayır 1-evet, hafif düzeyde 2-evet, orta düzeyde 3-evet, şiddetli düzeyde  Birini ya da ikisini işaretleyin Ruh hali düşüşü ( ) Enerji düşüşü ( )  Kaydedin: Yatmadan önce, en az bir saatlik ruh hali ya da enerjide düzelmenin izlediği düşüşler var ise puanlayın

H19	<p>Geçtiğimiz hafta, birdenbire sanki her şeyin gerçek dışı olduğu, ya da bir rüyada olduğunuz, ya da diğer insanların garip bir biçimde sizden koptuğu gibi bir hisse kapıldığınız oldu mu? Boşluk hissi oldu mu?</p> <p>EĞER EVET İSE: Biraz anlatır mısınız? Ne denli rahatsızlık verdi? Bu hafta bu durum ne sıklıkta ortaya çıktı?</p>	<p><b>DEPERSONALİZASYON VE DEREALİZASYON</b> (gerçek dışı duygular ve nihilistik düşünceler gibi)</p> <p>0-yok 1-hafif 2-orta 3-şiddetli 4-işlevini bozucu</p>
H20	<p>Geçtiğimiz hafta, birinin sizinle uğraştığını ya da size zarar vermek istediğini düşündüğünüz oldu mu?</p> <p>Ya sizin hakkınızda arkanızdan konuşan?</p> <p>EĞER EVET İSE: Biraz anlatır mısınız?</p>	<p><b>PARANOİD BELİRTİLER</b></p> <p>0-yok 1-kuşkulu 2-alınma düşünceleri 3-alınma ve kötülük görme sanrıları</p>
H21	<p>Geçtiğimiz hafta, kapının kilidini defalarca kontrol etmek ya da elinizi yıkamak gibi tekrar tekrar yapmak zorunda kaldığınız şeyler oldu mu? EĞER EVET İSE: Bir örnek verebilir misiniz?</p> <p>Sizin için herhangi bir anlamı olmayan ama aklınızdan atamadığınız düşünceler oldu mu? EĞER EVET İSE: Bir örnek verebilir misiniz?</p>	<p><b>OBSESİF VE KOMPULSİF BELİRTİLER</b></p> <p>0-yok 1-hafif 2-şiddetli</p>

## Ek-3: Young Maniyi Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ)

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 yatıştırılamayan hiperaktivite

#### 3) Cinsel ilgi

0. Artma yok
1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara tedavi ekibine ya da 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
2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık

atakları

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

### **6) Konuşma hızı ve miktarı**

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

### **7) Düşünce yapı bozukluğu**

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

### **8) Düşünce içeriği**

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

### **9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış**

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

8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

**10) Dış görünüm**

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım

1. Hafif derecede dağınıklık

2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması

3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj

4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

**11) İçgörü**

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

1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor

2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor

3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor

4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

## Ek-4: Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ)

### SOSYAL UYUM KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Ad, Soyad:

Tarih: / /

Yaş:

Cinsiyet:

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

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. Ailenizin 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?  
( ) Her zaman ( ) Sıklıkla ( ) Nadiren ( ) Hiç
14. Sosyal hayatın (cemiyet, toplantı ve benzerleri ) ne ölçüde içindesiniz? ( )  
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, teknik ya da kültürel bilgiye ne kadar ilgi duyarsınız?  
( ) Çok ( ) Orta ( ) Az ( ) Hiç
17. İnsanlara fikirlerinizi ifade etmekte ne sıklıkla güçlük çekersiniz?  
( ) Her zaman ( ) Sıklıkla ( ) Bazen ( ) Hiçbir zaman
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 hissedermisiniz?  
( ) Fazlasıyla ( ) Orta ( ) Pek değil ( ) Hiç

## Ek-5: Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

### BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" ifadesini işaretleyiniz.

1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum-----EVET/HAYIR
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur-----EVET/HAYIR
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor-----EVET/HAYIR
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum-----EVET/HAYIR
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var-----EVET/HAYIR
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum-----EVET/HAYIR
7. Geleceğimi karanlık görüyorum-----EVET/HAYIR
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum-----EVET/HAYIR
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok-----EVET/HAYIR
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı-----EVET/HAYIR
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor-----EVET/HAYIR
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum-----EVET/HAYIR
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum-----EVET/HAYIR
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor-----EVET/HAYIR
15. Geleceğe büyük inancım var-----EVET/HAYIR
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur-----EVET/HAYIR
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi-----EVET/HAYIR
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor-----EVET/HAYIR
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum-----EVET/HAYIR
20. İsteddiğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim-----EVET/HAYIR

## Ek-6: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ)

### KISA İŞLEVSELLİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

**Aşağıdaki alanlar dikkate alındığında, hasta ne düzeyde zorluk yaşamaktadır?**

Hastaya işlevsellik açısından zorluk çekebileceği alanlarla ilgili sorular sorun ve aşağıdaki yanıt ölçeğine göre puan verin: (0): hiç zorlanma yok (1): çok az zorlanma, (2): orta derecede zorlanma, (3): aşırı derecede zorlanma

<b>ÖZERKLİK</b>	
1. Evde sorumluluk üstlenme	(0) (1) (2) (3)
2. Kendi başına yaşayabilme	(0) (1) (2) (3)
3. Alışveriş yapabilme	(0) (1) (2) (3)
4. Kendine bakabilme (bedensel bakım, kişisel temizlik)	(0) (1) (2) (3)
<b>MESLEKİ İŞLEVSELLİK</b>	
5. Maaşlı bir işte çalışabilme	(0) (1) (2) (3)
6. Verilen görevleri gerektiği kadar çabuk yerine getirme	(0) (1) (2) (3)
7. Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme	(0) (1) (2) (3)
8. Mesleki kazanımlar elde etme	(0) (1) (2) (3)
9. Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme	(0) (1) (2) (3)
<b>BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK</b>	
10. Bir kitaba veya filme kendini verebilme	(0) (1) (2) (3)
11. Akıldan hesap yapabilme	(0) (1) (2) (3)
12. Bir problemi hakkıyla çözebilme	(0) (1) (2) (3)
13. Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme	(0) (1) (2) (3)
14. Yeni bilgiler öğrenebilme	(0) (1) (2) (3)
<b>MALİ KONULAR</b>	
15. Kendi parasını idare edebilme	(0) (1) (2) (3)
16. Parasını dengeli bir şekilde harcayabilme	(0) (1) (2) (3)
<b>KİŞİLERARASI İLİŞKİLER</b>	
17. Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme	(0) (1) (2) (3)
18. Sosyal faaliyetlere katılabilme	(0) (1) (2) (3)
19. Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme	(0) (1) (2) (3)
20. Ailesiyle birlikte yaşama	(0) (1) (2) (3)
21. Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması	(0) (1) (2) (3)
22. İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme	(0) (1) (2) (3)
<b>BOŞ ZAMAN ETKİNLİKLERİ</b>	
23. Egzersiz veya spor yapma	(0) (1) (2) (3)
24. Hobilere veya kişisel ilgilere sahip olma	(0) (1) (2) (3)

## Ek-7: İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ)

### İNTIHAR DÜŞÜNCEİ ÖLÇEĞİ (İDÖ)

Aşağıda intihara ait düşünceleri belirten bazı cümleler verilmiştir. Size uygun olanlar için "Doğru", uygun olmayanlar için ise "Yanlış" sütununun altındaki kutuyu ( ) işaretleyiniz.

	DOGRU	YANLIŞ
1.Kontrol edemeyeceğim kadar öfkelenirim		
2.Bazen başkalarını incitme isteği duyuyorum		
3.Incinmem veya yaralanmam umurumda değil		
4.Kendim için birşeyleri daha iyi yapacağım konusunda umudumu kesebilirim		
5.Geleceğim bana karanlık görünüyor		
6.İlerisi için yalnızca hoş olmayan şeyler düşünüyorum		
7.İstedğim hiçbir şeyi elde edemiyorum		
8.Hiçbir şey istediğim gibi değil		
9.Olümü hak etmiş olduğumu düşünüyorum		
10.İntihar girişiminde bulunacak olsam, öncesinde en az üç saat bunu düşünürdüm		
11.Geçen yıl içinde başkalarına hayatıma son verebileceğimden bahsettim		
12.Zaman zaman kendimi öldürme konusunda karşı konulmaz bir istek duyarım		
13.Sık sık hayatıma son verme fikri aklıma geliyor		
14.İşlerin kötü gitmesi konusunda kendimi suçluyorum		
15.Kötü birşeyler yapmışım gibi geliyor		
16.Her zamankinden daha yavaş düşünüyorum		
17.Her zamankinden daha yavaş konuşuyorum		

## Ek-8: Durumluk Kaygı Envanteri-Sürekli Kaygı Envanteri (DKE-SKE)

### STAI-I

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	hiç	biraz	çok	tamamen
1.Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)



## STAI-II

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen hemen hiçbir zaman	bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22 Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23 Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24 Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25 Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28 Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29 Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31 Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32 Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34 Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35 Genellikle kendimi hüznü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37 Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38 Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40 Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım Prof. Dr. Selçuk Kırlı, Prof. Dr. Aslı Sarandöl, Doç. Dr. E. Yusuf Sivrioğlu, Prof. Dr. Cengiz Akkaya ve Doç. Dr. S. Saygın Eker'e, beraber görev yaptığım klinik psikoloğu arkadaşlarıma, rotasyonlarım süresince eğitimime katkısı bulunan öğretim üyelerine ve asistan arkadaşlarıma, Psikiyatri Anabilim Dalı'nda görevli çalışma arkadaşlarıma, tezimin verilerini titizlikle değerlendiren Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim üyesi ve asistanlarına, Psikiyatri kliniği ve polikliniğinin tüm hemşire ve personellerine,

Desteklerini her zaman hissettiğim, tüm eğitim ve öğrenim hayatım süresince büyük fedakârlıklarda bulunan annem ve babama, her anımda sevgileriyle bana destek olan canım kardeşlerime saygı ve teőekkürlerimi sunarım.

## ÖZGEÇMİŞ

29.07.1989 Bornova doğumluyum. İlköğrenimimi Fevzi Çakmak İlköğretim Okulu ve lise öğrenimimi İzmir Güzelbahçe 60. Yıl Anadolu Lisesi'nde tamamladıktan sonra 2006 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimime başladım. 2012 yılında üniversite eğitimimi tamamladım ve Kasım 2012'de Uludağ Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım. Uzmanlık eğitimim süresince ayrıca Bilişsel Davranışçı Terapi, Aile Terapisi ve Bilişsel Davranışçı Hipnoterapi eğitimi almaya başladım ve halen bu eğitimlere devam etmekteyim.