



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

**İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜ OLAN VE OLMAYAN
REMİSYONDA BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA
OBSESİF İNANIŞLARIN İŞLEVSELLİĞE ETKİSİ**

**Dr. SEDA OKUR GÖL
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

DİYARBAKIR-2023



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

**İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜ OLAN VE OLMAYAN
REMİSYONDA BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA
OBSESİF İNANIŞLARIN İŞLEVSELLİĞE ETKİSİ**

Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr. Seda OKUR GÖL

Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Betül UYAR

DİYARBAKIR- 2023

TEŞEKKÜR

Bu çalışmada desteği ve değerli bilgileriyle yardımcı olan danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Betül UYAR’a, eğitimimde rolü olan bütün hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmasında yardımları ve önerileri ile yanımda olan başta Uzm. Dr. Handan UYSAL KOÇ olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma;

Bugünlere gelebilmemde büyük pay sahibi olan aileme; her konuda bana desteğini hissettiğim eşim Taha’ya, canım oğlum Selim Uras’a;

Teşekkür eder, sevgi ve şükranlarımı sunarım.

Dr. Seda OKUR GÖL

ÖZET

İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜ OLAN VE OLMAYAN REMİSYONDA BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA OBSESİF İNANISLARIN İŞLEVSELLİĞE ETKİSİ

Giriş : Bipolar Bozukluk (BB) işlevsellikte önemli düzeyde bozulmayla giden depresif, manik, hipomanik veya karma ataklarla seyreden kronik bir psikiyatrik bozukluktur. BB’de intihar riski normal popülasyona göre 20-30 kat kadar fazladır. Obsesif inanışlar, istenmeyen zihinsel müdahaleci düşüncelerin ortaya çıkması sonucunda kişinin bu düşünceleri hatalı değerlendirmelerine veya yanlış yorumlamalarına yol açan bilişsel süreçlerdir. Çalışmalarda düşüncenin kontrolü dışındaki diğer inanışların Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) dışı psikopatolojilerle de ilgili olabileceği belirtilmiştir. Bu çalışmanın amacı intihar öyküsü olan ve olmayan remisyon dönemindeki BB-I tanılı hastalarda obsesif inanışların işlevselliğe etkisini belirlemektir.

Materyal ve Metod: Çalışmaya Dicle Üniversitesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beş (DSM-5)’e göre BB-I tanısı konmuş 18-65 yaş arası 33 intihar girişim öyküsü olan, 51 intihar girişim öyküsü olmayan hasta alınmıştır. Katılımcılara gönüllü onam formu imzalatıldıktan sonra sosyodemografik veri formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği(HAM-D), Young Mania Derecelendirme Ölçeği(YMRS), Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon ölçeği (Y-BOCS), Obsesif İnanışlar Ölçeği-44(OİÖ), Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği(BB-İÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: Gruplar arasında OİÖ ve BBİÖ total puanında anlamlı farklılık yoktu. OİÖ alt ölçek puanları ile BBİÖ alt ölçek puanları arasında intihar girişimi öyküsü varlığına göre belirli alanlarda anlamlı korelasyon ilişkileri saptadık. İşlevsellik açısından toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlik ve hobiler puanları dışında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Sonuç: Obsesif inanışlar ile intihar girişimi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, intihar girişimi olan ve olmayan grupta işlevselliklerin benzer olduğu ve bazı obsesif inanışlarla işlevselliğin belirli alanlarında anlamlı korelasyonların mevcut

olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuç obsesif inanışları azaltmaya yönelik müdahalelerin hastaların işlevselliğini belirli alanlarda artırabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Sözcükler Bipolar Bozukluk, Obsesif İnanışlar, İşlevsellik, İntihar, İntihar Girişimi



ABSTRACT

THE EFFECT OF OBSESSIVE BELIEFS ON FUNCTIONING IN BIPOLAR DISORDER PATIENTS IN REMISSION WITH AND WITHOUT A HISTORY OF SUICIDE ATTEMPT

Introduction: Bipolar Disorder (BD) is a chronic psychiatric disorder characterized by depressive, manic, hypomanic, or mixed episodes with significant impairment in functionality. The risk of suicide in BD is 20-30 times higher than in the normal population. Obsessive beliefs are defined as cognitive processes that cause the person to incorrectly evaluate or misinterpret these thoughts as a result of the emergence of unwanted mentally intrusive thoughts. Studies have shown that beliefs beyond the control of thought may also be related to psychopathologies other than Obsessive Compulsive Disorder (OCD). This study aims to determine the effect of obsessive beliefs on functionality in patients diagnosed with BD-I in remission with and without a history of suicide.

Method: The study included 33 patients with a history of suicide attempts and 51 patients without a history of suicide attempts, aged 18-65, diagnosed with BD-I according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Five (DSM-5), who applied to Dicle University Hospital Psychiatry Outpatient Clinic. After the participants signed a voluntary consent form, the sociodemographic data form, Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Young Mania Rating Scale (YMRS), Yale-Brown Obsession Compulsion Scale (Y-BOCS), Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44), Bipolar Disorder Functioning Questionnaire (BDFQ) were applied to participants.

Results: There was no significant difference in OBQ and BDFQ total scores between two groups. We found significant correlations between OBQ subscale scores and BDFQ subscale scores in certain areas according to the presence of a history of suicide attempts. Regarding functionality, no significant difference was found between the two groups, except for participation in social activities, daily activities and hobbies scores.

Conclusion: It was concluded that there was no significant relationship between obsessive beliefs and suicide attempts, the functionality was similar in the groups with

and without suicide attempts, and there were significant correlations between some obsessive beliefs and specific areas of functionality. These results suggest that interventions to reduce obsessive beliefs may increase patients' functionality in certain areas.

Keywords: Bipolar Disorder, Obsessive Beliefs, Functionality, Suicide, Suicide Attempt



İÇİNDEKİLER

Sayfalar

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
EKLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Bipolar Bozukluk Tanımı	3
2.2. Bipolar Bozukluk Tarihçesi.....	3
2.3. Bipolar Bozukluk Epidemiyolojisi	4
2.4. Bipolar Bozukluk Etiyolojisi	6
2.5. Bipolar Bozukluk Tanı Ölçütleri	8
2.5.1. Bipolar I bozukluk	8
2.6. Klinik Gidiş Özellikleri ve Sonlanım	10
2.7. Bipolar Bozukluk ve İntihar	14
2.8. Bipolar Bozukluk ve İşlevsellik	15
2.9. Bipolar Bozukluk ve Ek Tanılar.....	16
2.9.1. Bipolar bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk birlikteliği	16
2.10. Bipolar Bozuklukta Tedavi Yaklaşımları	18
2.10.1. Manik epizod tedavisi.....	18
2.10.2. Depresif epizod tedavisi	19
2.10.3. Karma özellikli dönemlerin tedavisi.....	19
2.10.4. Obsesif kompulsif bozukluk- bipolar bozukluk birlikteliğinde tedavi yaklaşımları.....	20
2.11. Obsesif İnanışlar	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Örneklem seçimi.....	24
3.2. Tanı Araçları ve Ölçekler	25
3.3. Verilerin Analizi.....	27
4. BULGULAR	28
4.1. Tüm Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....	28
4.2. Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	28
4.3. Grupların Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması.....	28
4.4. Grupların İntihar Girişimi Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
4.5. Bipolar Bozuklukta İşlevselliğin Obsesif İnanışlar Açısından Değerlendirilmesi	32
5. TARTIŞMA	37
5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	37
5.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri	39
5.3. İntihar Girişimi Varlığına Göre Obsesif İnanışlar Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	43

5.4. İntihar Girişimi Varlığına Göre Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçek	
Puanlarının Karşılaştırılması	44
5.5. Bipolar Bozuklukta İşlevselliğin Obsesif İnanışlar Açısından	
Değerlendirilmesi	46
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	49
7. KAYNAKLAR	51
8. EKLER	65



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AP	: Antipsikotik
BB	: Bipolar Bozukluk
BBİÖ	: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
DDD	: Duygudurum Düzenleyici
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektrokonvulsif Tedavi
HAM-D	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
MAO-I	: Monoamin Oksidaz İnhibitörü
OİÖ	: Obsesif İnanışlar Ölçeği
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKBÇG	: Obsesif Kompulsif Bozukluk Çalışma Grubu
SSRI	: Serotonin Geri Alım İnhibitörü
VA	: Valproik Asit
Y-BOCS	: Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği
YMRS	: Young Mani Derecelendirme Ölçeği
EKT	: Elektrokonvulzif Tedavi
SNRI	: Serotonin Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü
KİDÖ:	: Kısa İşlevsellik Düzeyi Ölçeği

EKLER DİZİNİ

Ek-1. Klinik Araştırmalar İçin Aydınlatılmış Onam Formu	65
Ek-2. Sosyodemografik Veri Formu	68
Ek-3. Young Mani Derecelendirme leği	70
Ek-4. Hamilton Depresyon Derecelendirme leği	72
Ek-5. Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon leği	74
Ek-6. Bipolar Bozukluk İşlevsellik leği	75
Ek-7. Obsesif İnanışlar leği	77



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Bipolar bozuklukta klinik gidiş göstergeleri	13
Tablo 2. Grupların ve tüm hastaların sosyodemografik özellikleri	28
Tablo 3. Grupların ve tüm hastaların klinik özellikleri	31
Tablo 4. Grupların intihar girişimi varlığına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	32
Tablo 5. Tüm hastaların OİÖ ile BBIÖ korelasyon tablosu	34
Tablo 6. Grupların BBIÖ alt ölçek puanlarının OİÖ alt ölçek puanları ile korelasyon analizi	35
Tablo 7. Toplam BBIÖ ile Toplam OİÖ arasında korelasyon analizi.....	36

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk (BB), depresif, manik, hipomanik veya karma ataklarla seyreden, atak dönemleri arasında tamamen düzelme gösteren ya da eşik altı belirtilerin mevcut olan, yüksek düzeye mortaliteye ve morbiditeye neden olan, mesleki, sosyal, ailesel alanlarda işlevsellikte azalmayla giden süregelen bir psikiyatrik bozukluktur [1]. Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı'nda (Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorder; DSM-5), Bipolar Bozukluk tip I (BB-I), tip II (BB-II), Siklotimik Bozukluk, madde veya ilaç kullanımına bağlı Bipolar Bozukluk, Diğer tıbbi durumlarla ilişkili Bipolar Bozukluk, belirtilmemiş diğer Bipolar Bozukluk şeklinde sınıflandırılmıştır [2].

BB tanılı hastaların, hastalık sürelerinin %20'ye yakın kısmı hastanede geçmektedir. Epizodların %20'si 2-7 ay arasında sürmekte olup, ortalama olarak 2.2 yılda bir epizod meydana gelmektedir [3]. Hastaneye yatışlarından 5 yıl sonra, BB tanılı kişilerin %60'ının işlevselliklerinde azalma gözlenmektedir. Bu hastaların 2/3'ünde iş verimi azalmakta, 1/3'ünde sosyal işlevsellikte düşüş yaşanmakta ve %45'i tanılarını nedeniyle eşlerinden ayrılmak durumunda kalmaktadır [4]. İşsizlik oranının yüksek olması, hastaneye yatışların ve intihar girişimlerinin sık olması, depresif ve disforik durumların yaşam kalitesini bozması, tıbbi hastalıkların birlikteliği, madde kötüye kullanımının yüksek olması bu kötü gidişte görülen olumsuzluklardır [5].

BB tanısı mevcut olan bireylerde intihar riski normal topluma göre 20-30 kat kadar fazladır [6]. Bu hastaların yaklaşık 1/3'ü ile 1/2'sinde, hayatlarında en az bir kere özkıyım girişimi öyküsü mevcuttur. Bu girişimlerin yaklaşık %15-20'si tamamlanmış özkıyım şeklinde olmaktadır [7]. BB tanılı hastalardaki intiharların, tüm tamamlanmış intiharların 1/4'ünü oluşturduğu tahmin edilmektedir [8].

BB'de psikiyatrik ek tanı yaygın görülmektedir. Ulusal ve uluslararası yazılara baktığımızda BB'ye hayat boyu başka bir tıbbi ya da psikiyatrik hastalığın eşlik etme oranının yaklaşık %90 civarlarında olduğu görülmüştür. BB'nin başka bir psikiyatrik hastalıkla birlikteliğinde, hastalık daha erken yaşta başlamakta ve bu durum sık tekrarlamalara neden olmaktadır [9,10]. BB tanısına en yaygın eşlik eden psikiyatrik ek tanı arasında anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları (AMKB), obsesif kompulsif bozukluk (OKB), dikkat eksikliği ve hiperaktivite

bozukluğu (DEHB), kişilik bozuklukları ve yeme bozuklukları yer almaktadır [11]. OKB görülme yaygınlığının araştırıldığı çalışmalarda %21 oran bildirilmiştir [12]. BB tanılı hastaların bir kısmında, manik ve depresif dönemler sırasında obsesif-kompulsif belirtiler ortaya çıkmaktadır. Çoğunlukla mani/hipomani döneminde azalan belirtilerde, depresif dönemde artış meydana gelmektedir [13]. BB'ye OKB eşlik ettiğinde, hastaların depresyon dönemlerinde daha sık tekrarlamaya olma, özkıyım riskinde artma ve tedaviye yanıtında azalma meydana gelmekte, sosyal ve mesleki işlevselliklerinde belirgin bozulma görülmektedir [14].

Obsesif inanışlar, kişide istenmeyen zihinsel müdahaleci düşüncelerin ortaya çıkması sonucunda kişinin bu düşünceleri hatalı değerlendirmesine veya yanlış yorumlamasına yol açan bilişsel süreçlerdir. Genellikle bu kişiler OKB denilen sürekli tekrar eden düşünceler meydana gelen ve bu düşüncenin kendisini rahatsız etmesi nedeniyle, genellikle rahatlamak için sürekli yineleyen davranışlarda bulunmaktadır. Tolin ve arkadaşlarının obsesif inanışlarla ilgili yaptığı bir çalışmada, düşüncenin kontrolü dışındaki diğer inanışların OKB'nin dışındaki psikiyatrik patolojiler ile de ilgili olabileceğini bulmuşlardır [15].

Literatürde obsesif inanışlar üzerine yapılan çalışmalarda bu inanışların çeşitli psikiyatrik hastalıklarda hastaların bilişsel süreçlerinde etkisi olduğuna ve işlevselliğinde olumsuz etkiye neden olduğuna dair veriler mevcuttu. Ancak BB'de bu konuda yeterli çalışma mevcut değildi ve intihar girişim öyküsü bulunan hastalarda obsesif inanışların hastaların işlevselliklerine etkisi olup olmadığına dair çalışma yoktu. Bu çalışmalar ışığında intihar girişim öyküsü olan BB tanılı hastalarda obsesif inanışların etkili olabileceğini, bu hastaların işlevselliğine olumsuz etki edebileceğini düşündük. Bu nedenle biz de çalışmamızda intihar öyküsü olan ve olmayan remisyon dönemindeki OKB tanısı dışlanmış BB-I tanılı hastalarda obsesif inanışların işlevsellik üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk Tanımı

Bipolar bozukluk (BB), depresif, manik, hipomanik veya karma ataklarla seyreden, atak dönemleri arasında tamamen düzelme gösteren ya da eşik altı belirtilerin mevcut olan, yüksek düzeye mortaliteye ve morbiditeye neden olan, mesleki, sosyal, ailesel alanlarda işlevsellikte azalmayla giden süregelen bir psikiyatrik bozukluktur [1]. Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı'nda (Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorder; DSM-5), Bipolar Bozukluk tip I (BB-I), tip II (BB-II), Siklotimik Bozukluk, madde veya ilaç kullanımına bağlı Bipolar Bozukluk, Diğer tıbbi durumlarla ilişkili Bipolar Bozukluğu, belirtilmemiş diğer Bipolar Bozukluk şeklinde sınıflandırılmıştır [2].

2.2. Bipolar Bozukluk Tarihçesi

İ.Ö. yaklaşık 400 yıllarında Hipokrat, psikiyatrik bozuklukların tanımını mani ve melankoli tanımlarını kullanarak yapmıştır. İ.S. 30 yıllarında Celsus da melankoliyi kara safra tabirinden yola çıkarak bir depresyon olarak tanımlamıştır. Jules Falret ise 1854'te hastaların mani ve depresyon dönemlerini dönüşümlü olarak yaşadıklarını ifade eden, folie circulaire tanımını yapmıştır [16].

Fransız ve Alman psikiyatristler, 19. yüzyılda mani ve melankolinin çeşitli türlerini ve bu dönemlere ait özellikleri detaylı bir şekilde açıklamışlardır. Hastalığın belirtilerinin, gidiş ve sonlanışının tanımlarını yaparak psikoz manyak depresif (PMD) terimi kullanarak Kraepelin ise, 1896'da bu tanımı toparlamıştır. Kraepelin, dementia praecox ve PMD hastalıklarını gidiş özelliklerine göre ayırmış, PMD hastalığında farklı olarak hastalığın tekrarlama ve düzelme dönemleri ile giden döngüsel bir özelliğe sahip olduğunun vurgusunu yapmıştır [16].

1957'de Leonhard, hastalığı dönemlerinin özelliklerine göre ayırarak unipolar ve bipolar ayrımını yapmıştır ve yeni bir sınıflandırma şekli önermiştir. DSM'de de duygudurum bozukluklarının unipolar ve bipolar olarak ayrımı yapılmıştır [16].

2.3. Bipolar Bozukluk Epidemiyolojisi

Dünya çapında bir ruh sağlığı araştırmasında, BB-I için yaşam boyu yaygınlığın %0,6, BB-II için %0,4, eşik altı BB için %1,4 ve BB spektrumu için %2,4 olduğu bulunmuştur. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde, BB-I erkekleri ve kadınları eşit olarak etkilerken, BB-II kadınlarda daha sık görülmektedir [7]. BB tanısı olan çoğu kişinin hastalıklarının başlangıcı ergenlik dönemine denk gelmektedir ve genellikle geçirdikleri ilk epizodları depresyondur [17].

BB'de başlangıç yaşı genellikle 20 yaş civarındadır. Erkeklerde, kadınlardan 4-5 yıl önce başlamaktadır. Yaşlılarda ilk atak mani çok nadirdir. BB-II daha ileri yaşta başlama eğilimindedir. Doğum sonrası BB'nin depresif dönem insidansı nispeten daha yüksektir ve postpartum depresyon hastalarının çoğunda BB vardır [1]. Kadınların erken yaşta doğum yapması, eğer kişide hastalığa yatkınlık var ise, hastalığın başlangıcını öne alabilmektedir [18].

Yapılan bir çalışmada ilk atak dönemini karma dönem olarak geçiren hastalarda, diğer hastalarla karşılaştırıldığında atak sayılarının daha fazla olduğu saptanmıştır [19]. BB için olumsuz belirtilerden birisi de karma atakların mevcut olmasıdır [20]. Altmış yaş üzeri olgularda mani atağının daha az sıklıkta olduğu saptanmıştır ve bu olgularda karma dönem daha sık görülmüştür [21]. Yirmi yaşın altındaki olgularda ise hipomani diğer yaş grupları ile kıyaslandığında daha sık meydana geldiği bulunmuştur [22, 23].

BB'de psikotik bulgu ortaya çıkma oranı %50'dir [24]. BB'de aile öyküsünün olmaması ve irritabl mizacın mevcut olması psikotik bulgu varlığının sıklığını artırdığı saptanmıştır [25, 26]. Psikotik bulgunun varlığı, BB'de özkıyım riskini artırmaktadır [27].

Hızlı döngülü BB, yılda dört veya daha fazla hastalık epizodu geçirme şeklinde tanımlanmaktadır ve BB tanılı hastaların yaklaşık %5-15'inde mevcuttur [1]. Bu alt tip, depresif semptomların fazlalığı ve artmış intihar davranışı riski ile ilişkilidir [28].

BB tanılı kadınlarda, erkeklere oranla; depresif ile karma dönem ve hızlı döngülülük görülme olasılıkları daha yüksek bulunmaktadır. Bunların yanısıra döngü kayması ve antidepresanların neden olduğu manik kaymanın, eşlik eden tiroid

hastalıkları ve migren tanılarının varlığı ve madde kullanım bozukluğu kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu bildirilmektedir [16].

Epidemiyolojik Toplama Alanı (ECA) çalışması, BB tanılı hastalarda diğer herhangi bir Eksen I bozukluğu olanlara göre madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı tanısının daha sık bulunduğunu göstermiştir [29]. Madde bağımlılığı olan BB tanılı hastalarda daha yüksek oranda intihar girişimi, panik atak ve hızlı döngü mevcuttur [30].

BB, sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla birliktelik göstermektedir. Bu hastaların yaklaşık %25-50'sinde yaşamları boyunca en az bir kere intihar girişim öyküsü bulunmaktadır. İntihar girişiminde bulunanların %15'i ise hayatını kaybetmektedir [31].

Epilepsi tanısı mevcut olan kişilerde hem depresyon hem de BB'nin yaygınlık oranları, genel popülasyona göre daha yüksek görünmektedir [32].

Yapılan çalışmalar BB olan hastaların birinci derece akrabalarında BB dahil duygudurum bozukluklarının toplum geneline göre daha yüksek oranda görüldüğünü göstermektedir [33].

Tekrarlayan duygudurum bozuklukları olan ayaktan depresif hastaların yaklaşık %10 ila %20'si ve BB tanısı olan bireylerin tahmini olarak %15 ila %22'si mevsimsel bir patern bildirdiği belirtilmiştir. Mani ve hipomani ilkbahar ve yaz mevsiminde daha sık görülmekte iken, depresyon ise sonbahar ve kış mevsiminde daha siktir [34].

Yüncü ve ekibinin yaptığı çalışmada, BB tanılı hastaların birinci derece akrabalarında BB tanısının %24,3 oranında saptandığı belirtilmiştir. Ancak çalışmalarda ailesel yük %10 olarak belirtilmiştir. Bu durumu çalışmaya alınan örneklemde bu oranın daha yüksek saptanmış olabileceği, hastalığın daha şiddetli seyri nedeniyle bu kişilerin daha sık sağlık hizmetlerine başvurabileceği şeklinde açıklamışlardır [26].

Sosyoekonomik düzeyi yüksek bireylerde BB'nin daha fazla görüldüğü düşünülmektedir. Bu durumu bazı çalışmalar, bazı ülkelerde görülen düşük sıklık oranlarının, o ülkenin popülasyonundaki toplumsal hastalık yükünden çok, sosyoekonomik düzeyinin düşük olmasıyla ilişkilendirmiştir [35].

2.4. Bipolar Bozukluk Etiyolojisi

BB tanılı hastaların akrabaları, ikiz ve evlat edinme çalışmaları ile hastalığın genetik geçişini gösteren sonuçlar bulunmuştur. BB tanısı olan hastaların aileleri değerlendirildiğinde; bazı çalışmalarda, BB'nin birinci derece akrabalarda görülme oranı genellikle %5-10 aralığında, monozigot ikizlerde ise %40-70 aralığında bildirilmiştir. Literatürde monozigot ikizlerde BB görülme oranının %90 oranlarda olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur [36, 37].

BB olan ailelerle yapılan çeşitli araştırmalarda farklı gen bölgelerinin etken olabileceğinden bahsedilmektedir ancak bir ailede yatkınlığı gösteren gen bölgesinin diğer bir çalışmada doğrulanamadığı görülmektedir [38]. 18q ve 22q kromozomları BB ile bağlantısı gösterilen, kanıtları en güçlü olan iki bölgedir. 21q kromozom bölgesinin hem şizofreni hem de BB ile bağlantısının veya ilişkili olduğu gösterilmiştir [39].

BB'de etkili epigenetik faktörler de sıklıkla araştırılmaktadır. DNA metilasyonu ile gen ekspresyonu üzerinde etkili olmakta olan bu faktörlere örneklerden biri Katekol-o-metiltransferaz (COMT) geni hipometilasyonunun şizofreni ve BB etiyolojisindeki etkileridir [40].

Bazı sitokinlerin bağışıklık sistemindeki rollerinin dışında nörotransmitterlere benzeyen özellikleri de mevcuttur. Depresyon sırasında hücrel bağışıklık sisteminde baskılanma meydana gelmektedir. BB'de ise hem depresyon hem mani dönemlerinde hücrel immünitede artma meydana gelmektedir [41].

Biyojenik aminler içinde noradrenalin, serotonin, dopamin ve asetilkolinden duygudurum bozukluklarının patofizyolojisinde etkili olan aminlerdir [39]. Mani patofizyolojisinde noradrenerjik sistemin aktive olmasından ve noradrenerjik-kolinerjik sistemler arasındaki dengede bozulma meydana gelmesinden ve kolinerjik sistemde meydana gelen yetersizlikten söz edilmektedir [42]. Ayrıca dopaminerjik sistem aktivitesinde mani döneminde artış görülürken, depresyon döneminde azalma görülmektedir [41].

Merkezi sinir sisteminin genel inhibitörü sayılan gama-aminobütirik asit (GABA) ve genel eksitator etkisi olan glutamatın da mani döneminin ortaya

ıkmasında etkili olabileceği, bu iki nörotransmitterin de duygudurum kontrolünde önemli olabileceğine dair veriler vardır [42].

BB tanılı hastalarda kortikotropin salgılatıcı hormona, adrenokortikotropik hormon ve kortizol yanıtlarında düzensizliklerin mevcut olduğu bildirilmiştir. Nöroendokrin sistemdeki bozukluklardan en iyi belirlenmiş olanı, hipofiz bezinden salgılanan adrenokortikotropik hormonun artması sonucunda sürrenal bezlerin bu hormona daha duyarlı hale gelmesi ve plazma kortizol düzeylerinde artışın gözlenmesidir. [16].

Çeşitli beyin görüntüleme çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalarda çelişkili bulguların da olması nedeniyle genelleme yapılamamaktadır. Çalışmalarda bulunan Önemli beyin görüntüleme bulguları arasında lateral ventriküllerin genişlemesi, derin beyaz madde ve subkortikal gri madde bölgelerinde hiperintensite artışı, ventroparyetal frontal kortekste hücre yoğunluğunun azalması, amigdala hacminde artış veya azalma, hipokampus hacminde azalma, bazal ganglionlarda hiperintens lezyonlarda artma veya glial hücre azalması yer alabilir [43].

Psikososyal stres faktörlerinin de BB gelişiminde önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. İlk atakların çoğunlukla çevresel bir stres faktörü nedeniyle meydana geldiği ancak sonrasında meydana gelen atakların stres faktörü olmadan da ortaya çıkabileceği ileri sürölmektedir [44]. Stres sonucunda beyinin çeşitli nörokimyasal sistemlerinde uzun süreli bozulma meydana gelmekte ve nöronal kayıplar gelişmektedir. Bu durum psikososyal stresör faktörlere olan duyarlılığı artırmaktadır [1].

Depresyon döneminin başlangıcının en güçlü yordayıcı faktörünün yakın zamanda yaşanmış stresli olaylar olduğu bilinmektedir. Hastanın yaşadığı benlik değeri üzerinde negatif etki eden stresör faktörlerin daha fazla depresyona yol açtığını görölmüştür [39]. Ancak, bazı çalışmalar, psikososyal veya fiziksel olayların hastalığın doğrudan sebebi olmasından ziyade, hastalık dönemlerinin zamanlaması üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Uzun süreli hastalık seyirlerini inceleyen bir çalışmada, hastalık dönemlerinin yaklaşık %13'ünde, belirtilerin ilk ortaya çıktığı dönemden önceki altı aylık süreçte stresli bir yaşam olayının varlığı tespit edilmiştir [45].

Herhangi bir kişilik bozukluğunun daha sonra BB gelişimiyle ilişkili olacağına dair hiçbir kanıt bulunamamıştır ancak distimik ve siklotimik bozukluğu olan hastalarda daha sonra majör depresyon veya BB-I gelişmesi riski mevcuttur [39].

BB'de kişinin mizacı ile hastalık dönemleri arasında bir bağlantının mevcut olduğu; örneğin, hipertimik mizaca sahip bireylerde mani dönemlerinin, depresif mizaca sahip bireylerde, depresyon dönemlerinin daha sık görüldüğü ve hipertimik mizaç özelliklerinin ise olumlu bir prognozla ilişkilendirildiği bildirilmiştir [46].

2.5. Bipolar Bozukluk Tanı Ölçütleri

DSM-5'te Bipolar Duygudurum Bozukluğu başlığı altında dört tip bozukluktan söz edilmektedir;

- Bipolar I Bozukluk
- Bipolar II Bozukluk
- Siklotimik Bozukluk
- Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Bipolar Bozukluk.

2.5.1. Bipolar I Bozukluk

A. En az bir mani dönemi için tanı ölçütleri karşılanmıştır

B. Mani veya majör depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizoaftif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk veya tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğeri iki uçlu bozukluk ile daha iyi açıklanamaz.

2.5.1.1. Mani Dönemi

A. Kabarmış, taşkın veya 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 veya hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte veya etkinlikte artış olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü veya daha fazlası, çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

- Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
- Uyku gereksiniminde azalma
- Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
- Düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
- Dikkat dağınıklığı olduğu bildirilir veya öyle olduğu gözlenir.
Amaca yönelik etkinlikte artma veya psikomotor ajitasyon ya da amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik.
- Olumsuz sonuçlanabilecek aktivitelere aşırı katılma

C. Bu bozukluk, işlevsellikte belirgin düzeyde azalmaya neden olacak seviyede veya kişinin kendisine veya diğer kişilere bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek düzeyde ağırdır veya psikotik özellikler vardır.

D. Bu dönem, bir maddenin veya sağlık durumunun fizyolojiyle ilişkili etkilerinden bağımsızdır.

2.5.1.2. Major Depresyon Dönemi

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha fazlası bulunmuştur ve önceki işlevsellik durumunda bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygudurum veya ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

- Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir veya durum başkalarınca gözlenir.
- Neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur.
- Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme veya kilo alma

- Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme veya aşırı uyuma.
- Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon veya yavaşlama
- Neredeyse her gün, bitkinlik veya içsel enerji düşüklüğü.
- Neredeyse her gün, değersizlik veya uygunsuz suçluluk duyguları
- Neredeyse her gün, düşünmekte veya odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama
- Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri veya kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya çeşitli alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilişkili etkilerinden bağımsızdır.

Bipolar I bozukluğu, o sıradaki ya da en son dönemin türü için uygulanabilecek bütün belirleyiciler belirtilir:

- Bunaltılı sıkıntılı
- Karma özellikler gösteren
- Hızlı döngülü
- Melankoli özellikler gösteren
- Atipik özellikler gösteren
- Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren
- Duygudurumla uyumsuz psikoz özellikler gösteren
- Katatoni ile giden
- Peripartum başlayan
- Mevsimsel özellik gösteren

2.6. Klinik Gidiş Özellikleri ve Sonlanım

BB; mani, depresyon ya da hipomani atakları ile giden, hastalık seyri ve semptomların şiddeti açısından kişiden kişiye değişkenlik gösterebilen kronik bir hastalıktır. Yineleyici özelliğe sahiptir [47].

Ortalama başlangıç ergenliğin geç dönemlerinde olurken, ortalama tanı aldıkları yaş yirmili yaşların sonlarıdır. İlk ataklar daha çok depresif atak olarak ortaya çıkmaktadır ve manik atak meydana gelene kadar BB tanısı konulmamaktadır [48]. Fakat ilk belirtilerin 50 yaşına kadar görülebilmektedir. 50 yaş sonrasında ilk kez BB semptomları görüldüğünde daha çok genel tıbbi duruma bağlı nedenlerle ilişkilendirilmektedir [47]. Erken başlangıçlı vakalarda genetik faktörler daha fazla rol oynamaktadır ve psikotik özellikli ve karma dönemler olması, ek tanılarının varlığı, hayat boyu panik bozukluğun eşlik etme oranı, alkol ve madde kullanımı ve öz kısıym davranışı daha sık görülmektedir [49, 50].

Hastaların çoğu hem mani hem depresif dönem geçirirken, %10-20'si sadece mani dönemi geçirmektedir [39]. BB'de geçirilen dönem sayısının fazla olması tekrarlama riskini artırır [16]. Tekrarlamanın en güçlü yordayıcılarından, ara dönemlerde eşik altı belirtilerin varlığının ve ek tanı olarak başka bir psikiyatrik bozukluğun bulunmasının önemli rol oynadığı belirtilmiştir [51].

BB-I hastalarının %40-50'si ilk 2 yıl içinde ikinci mani dönemini geçirmektedir. BB-I hastalarının %7'sinde belirtilerde tekrarlamaz, %45'i birden fazla hastalık dönemi geçirirken %40'ında hastalık süregenleşir. BB'a sahip tüm hastaların yaklaşık %40'ı, 10 veya daha fazla hastalık dönemi ve çoğu ise yaşam boyu ortalama sekiz ila on hastalık dönemi geçirmektedirler [39, 52, 53].

Tedavi almalarına rağmen, BB tanılı hastaların % 85-95'inde duygudurum dönemleri tekrarlanmaktadır. Mani ve depresyon dönemlerinin sıklığında artma meydana gelen ve bu dönemlerde tedavisiz kalan hastalarda mesleki ve sosyal işlevsellikte ciddi bir şekilde bozulma meydana gelmektedir [54].

İlk mani çoğunlukla erken erişkinlikte ortaya çıkar ve görülme sıklığı, özellikle kadınlarda orta yaşlarda ikinci ama daha küçük bir zirve daha yapar. Erkeklerde ise genellikle daha erken başlar [16]. Mani dönemleri son derece yıkıcı bir özelliğe sahip olabilmektedir ancak BB tanılı hastaların büyük bir kısmı hayatlarının çoğu zamanını depresyon halinde geçirmektedir. Bu durum, özellikle BB-II için geçerli olmak üzere bozukluğun her iki türünde de geçerlidir [48].

BB hastalarının %5-15'i yılda dört veya fazla atak geçirirler ve bu duruma hızlı döngülü denilmektedir. Hızlı döngülü BB-I hastaları genellikle kadın olmaktadır ve depresyon ve hipomani dönemleri olmuştur [39]. Öz kısıym riski, depresif ve karma

özellikli dönemlerde %10 civarında bir oranla en yüksek düzeye ulaşır. Özellikle BB-II tanılı hastalarda, öz kıyım riski daha yüksektir [48].

BB'nin yüksek sosyoekonomik düzeyine sahip toplumlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir [16].

Bir çalışmada, mani epizodlarının, depresif ve karma epizodlarla kıyaslandığında daha kısa sürdüğü; karma epizodların ise depresif epizodlarla kıyaslandığında daha uzun sürdüğü saptanmıştır. Karma epizodla hastalığı başlayan kişilerde kronikleşme ihtimalinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. BB tanısına sahip kişilerinde %25'inde depresyon dönemlerini mani dönemleri izlemektedir. İlk epizodları yaşam olayları tetiklerken, sonraki epizodlar kendiliğinden ortaya çıkmaktadır [55].

BB'de dönemler arasındaki iyilik sürelerinin uzunluğu önceden kestirilememektedir. BB-I tanısı olan hastaların büyük kısmı atak dönemlerinin arasında eski işlevselliklerine dönmektedir ancak önemli düzeyde duygudurum oynamaları göstermekte; insanlarla ilişkilerinde ve mesleklerinde güçlükler yaşamaktadırlar [16]. Eşik altı belirtilerin mevcut olması ve geçirilmiş depresyon dönemi sayısı yeti yitimini artırdığı gösterilmiştir [56]. İşlevsellikteki kayba neden olabilen diğer etkenler ise; geçirilmiş hastalık dönemi sayısı ve hastane yatışının fazla olması, hastalık süresinin uzun olması, ataklarda psikotik özellik mevcut olması, madde kötüye kullanımı, kişilik özellikleri, tıbbi komorbiditeler, öz kıyım girişiminin olması ve bilişsel yetersizliktir [57].

Yaşam kalitesi aynı zamanda bireylerin kültürleri, değer sistemleri, kişisel amaçları, beklentileri ve standartları bağlantılı olarak yaşamdaki konumlarına ilişkin algılarını da içermektedir [58]. Bu nedenle, yaşam kalitesi sadece kişinin klinik olarak remisyonda olmasına değil, aynı zamanda fonksiyonel iyileşmesine de bağlıdır [59]. Bu bilgilere bakıldığında düşük yaşam kalitesi; azalan akademik başarı, işgücü kapasitesi [60] ve günlük yaşam aktivitelerindeki zorluklar [61], istihdam durumu ve kişisel ilişkiler dahil olmak üzere sosyo-mesleki engellilikle ilişkisi mevcuttur. Gerçekten de, BB tanılı kişilerde işsizlik oranı toplumdan 4-10 kat [62] ve boşanma ile ayrılma oranlarının 2-3 kat yüksek olduğu görülmüştür [63].

BB tanısına sahip bireylerin çoğunluğunun genç ve orta yaş grubunda olması, toplumun iş gücünü oluşturan bir segmentte yer almasından dolayı, BB'nin topluma

getirdiği mali yük artmaktadır [64]. %40-60 oranlarına varan mesleki işlev kaybı söz konusudur. Tam düzelme de bile hastaların %30-50'si hastalık öncesi psikososyal işlevselliğine geri dönememektedir, çalışma hayatında verimlilikleri oldukça azalmıştır [65].

BB tanılı hastalarda kötü mesleki sonuçlara katkıda bulunan diğer faktörler arasında hafıza ve yürütme işlevindeki bozukluklar da dahil olmak üzere kalıcı bilişsel bozukluğun varlığı da yer almaktadır [66]. Remisyon dönemleri sırasında hastaların %50-70'inde önemli bilişsel bozulma rapor edilmiştir [67].

BB, diğer tüm psikiyatrik hastalıklarla kıyaslandığında en yüksek intihar riskini taşıyan hastalıktır. Bu hastalarda genel popülasyonla karşılaştırıldığında intiharın göreceli oranları konusunda çalışmalar farklılık gösterse de, yıllık girişim riskinin yaklaşık %0.9 olduğu tahmin edilmektedir ki bu da genel popülasyondan 30 ila 60 kat daha yüksek riske eşittir [68]. Buna göre, BB tanılı hastaların yaklaşık 1/3'ü ile 1/2'si yaşamları boyunca bir kere intihar girişiminde bulunduğu söylenebilir ve yaklaşık %15-20'si intihar nedeniyle ölmektedir [69]. İntihar girişimleri BB tanılı hastalarda yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır [70].

Toplum genelindeki intihar oranlarına benzer şekilde, BB tanılı kadınlarda intihar girişimleri, erkeklerde ise tamamlanmış intihar daha yaygın görülmektedir. İntihar girişiminde bulunan hastaların hastalıkları süresince daha fazla depresyon dönemi yaşadığı bilinmektedir ve intihar girişimi depresyon döneminde daha fazla görülmektedir. Umutsuzluk, saldırganlık, işlevselliğin bozulması intihar için potansiyel risk faktörlerindendir [71].

Geçirilen her epizod, yeni bir epizod geçirme riskinin artmasına neden olmaktadır. Hastalığın sebep olduğu yeti yitimi ve kayıplar, her yeni geçirilen epizoddan sonra ağırlaşmaktadır [72]. İlk epizod sonrasında bir yıl içinde remisyonla kalma oranı %58 iken, dört yıl içinde remisyonla kalma oranı ise %42 olarak bulunmuştur. Epizodların sayısı arttıkça, süresi de doğru orantılı olarak artmaktadır [73].

BB'de klinik gidiş göstergeleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir [16]:

Tablo 1. Bipolar Bozuklukta Klinik Gidiş Göstergeleri

Olumlu Göstergeler	Olumsuz Göstergeler
--------------------	---------------------

Manilerin baskın olması	Erken başlangıç
Sağaltıma iyi uyum	İleri yaş
Uzun iyilik dönemleri	Ara dönemde kalıntı belirtiler
Olumlu aile, iş ve uğraşı koşulları	Ruhsal bozukluk eştanısı
Ailede düşük duygudurum dışavurumu	10'dan fazla mani dönemi
	Karma dönemler
	Uzun çökkünlük dönemleri
	Hızlı döngülülük

Tablo 1 referans kaynaktan alınmıştır.

2.7. Bipolar Bozukluk ve İntihar

BB tanısı mevcut olan bireylerde intihar riski normal topluma göre 20-30 kat kadar fazladır [6]. Bu hastaların yaklaşık 1/3'ü ile 1/2'sinde, hayatlarında en az bir kere intihar girişimi öyküsü mevcuttur ve bunun yaklaşık %15-20'si tamamlanmış intihar şeklinde olmaktadır [7]. BB tanılı hastalardaki intiharların, tüm tamamlanmış intiharların 1/4'ünü oluşturduğu tahmin edilmektedir [8].

İntihar girişimi, dönemlere göre farklılık gösterebilmektedir. Mani döneminde dünyayı kurtarma düşünceleri gibi nedenlerle özkıyım davranışı meydana gelirken, bazı BB tanılı hastalarda özkıyım daha çok depresyon nedeniyle meydana gelmektedir. Bu intihar girişimlerini hastalar daha çok hastalık döneminin başında gerçekleştirmektedir. Psikiyatrik hastalıklarda intihar olasılıkları yüksektir. Bu rakamlarda daha çok major depresyon, BB, psikotik bozukluklarla birlikte alkol ve madde kullanımının olma olasılığı ile artış mevcuttur [74].

İntihar girişimi riski artıran faktörler; kadın cinsiyet, hastalığın erken yaşta başlangıcı, ilk epizodun depresif olması, son epizodun depresif uçta olması, komorbid anksiyet bozukluğu, komorbid madde kullanım bozukluğu, sınır durum kişilik bozukluğu ve birinci derece aile yakınlarında intihar öyküsü varlığıdır. Tamamlanmış intihar girişimi riskini artıran faktörler ise erkek cinsiyet ve birinci derece aile yakınlarında intihar öyküsünün mevcut olmasıdır [16]. Bir gözden geçirme çalışmasında ise; boşanmış ya da evlenmemiş olmak, sosyal izole yaşam, tedavisiz geçen sürenin uzunluğu, olumsuz geçmiş yaşantılar ve akut stresörler, siklotimik mizaç gibi değişkenlerin intihar girişimi ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmaların mevcut olduğunu bildirilmiştir [75].

2.8. Bipolar Bozukluk ve İşlevsellik

Kronik seyirli bir hastalık olan BB'de özellikle atak dönemler önemli derecede sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmalara neden olmaktadır. Dünyada engelliliğe neden olan hastalıklar arasında BB altıncı sırada yer almaktadır [76]. Uzun süreli izlem çalışmalarında, hastaların izlem sürelerinin %50'ye yakın kısmında duygudurum belirtilerinin mevcut olduğu, bu sürenin de 2/3'ünde depresif dönem belirtilerinin olduğu gösterilmiştir [77].

BB tanılı hastalarda kişilerarası, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma, yalnızca hastalığın akut evrelerinde değil, aynı zamanda remisyon döneminde de sıklıkla görülür [78]. Bu hastaların %30-60 kadarının sosyal ve mesleki alanlarda işlevselliklerini tekrar kazanamadıkları belirtilmektedir [79].

İşlevsellik kaybı; kronik seyir, hastalık sürecinde atak sıklığının giderek artması, tekrarlayan hastane yatışlarının olması, kalıntı belirtilerin varlığı gibi nedenlerle ilişkilendirilmiştir [80]. Bazı çalışmalar hastalığın ilk manik veya karma epizodunun iyileşmesinden sonra, hastaların %57-65'i işsiz kaldığını ve %80'i en azından kısmi mesleki engele sahip olduğunu göstermiştir [81].

Yakın tarihli bir çalışma, bilişsel işlev bozukluğunun remisyonunda BB tanılı hastaların psikososyal işlevselliği üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu göstermiştir [78].

Şizofreni ile ilgili yapılan birçok çalışma, bilişsel işlev bozukluğunun psikososyal işlevsellik üzerindeki etkisini, BB'de bulunanla aynı veya hatta bundan daha yüksek derecede olduğunu göstermiştir [78].

Diğer kronik psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi BB'de de hastalar toplumun damgalayıcı tutumlarına maruz kalmakta ve bunu içselleştirmektedirler. Bu nedenle hastaları reddedilme kaygılarını azaltmak için hastalıklarını saklamaya çalışmaları toplumsal ilişkilerini kısıtlamaktadır. Damgalanma algısı olan hastalarda depresif dönemlerin sayısının daha yüksek olduğu bulunmuştur ve bu durumun depresyonu şiddetlendirdiği ve buna karşılık depresif dönemdeki olumsuz değerlendirmelerin de damgalanma algısını artırdığı düşünülmektedir [82].

2.9. Bipolar Bozukluk ve Ek Tanılar

BB'de psikiyatrik ek tanıları yaygınlığı diğer tüm bozukluklardan daha fazla görülmektedir. Amerikan ulusal ek tanı anketi verilerinde BB tanılı kişilerin %95'ine yaşamı boyunca en az 3 veya daha fazla ruhsal hastalık tanısı konulduğu bildirilmiştir [83]. Başka bir çalışmada ise hastaların %65'nin DSM-4 kriterlerine göre en az bir yaşam boyu eksen 1 bozukluk tanısı aldığı saptanmıştır. Bu çalışmada ek tanı varlığının erken yaşta başlangıç, hızlı döngülülük, zaman içinde hastalık dönemlerinin şiddetlenmesi ve birinci derece akrabalarında artmış madde kullanımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur [84]. BB-I tanısı almış bireylerle yapılan bir araştırmada, anksiyete bozukluğu ek tanısı %61.4 oranında saptanmış olup, bu tanının içinde %39 oranında obsesif kompulsif bozukluk (OKB), %26 oranında özgül fobi ve %20 oranında sosyal fobi bulunmaktadır. [85]. DSM-IV'de OKB, anksiyete bozuklukları arasında sınıflandırılıyordu. DSM-5'te Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar olarak ayrı bir tanı başlığında yer almaktadır [2].

En sık görülen eş tanılardan biri de alkol ve madde kullanım bozukluklarıdır [16]. BB-I hastalarının %46'sında, BB-II hastalarının %39'unda alkol kullanım bozukluğu tanısı mevcut olduğu saptanmıştır [86]. Bütün psikiyatrik hastalıklar ele alındığında madde kullanım bozukluklarının en sık eşlik ettiği hastalık ise BB'dir [16].

Kadınlarda ektanı oranı daha fazla görülmektedir [87]. Aynı şekilde kadın BB tanılı hastalarda alkol kullanım bozukluğu hariç tüm psikiyatrik ve fiziksel hastalık ek tanılarının daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Migren, tiroid hastalıkları ve obezitede dahil olmak üzere fiziksel hastalıklar kadın BB hastalarında erkeklerden daha sık görülmektedir. Alkol kullanım bozuklukları ek tanısına erkeklerde %44, kadınlarda %22 oranında rastlandığı gösterilmiştir. BB tanılı erkeklerde ek tanı olarak madde kullanımı bozuklukları daha fazla eşlik ederken, kadınlarda ise daha sıklıkla kaygı bozuklukları ve yeme bozuklukları ek tanısı görülmektedir [16].

2.9.1. Bipolar Bozukluk ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Birlikteliği

Yapılan çoğu çalışmada, DSM-5 öncesinde BB ile en yaygın olarak birlikteliği olan anksiyete bozukluğunun OKB olduğu vurgulanmıştır [85]. OKB DSM-4-TR'deki

“Anksiyete Bozuklukları” kısmında çıkartılarak DSM-5’te “Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar” adlı yeni bölüme kaydırılmıştır [2].

BB hastalarında OKB ek tanısı yaşam boyu prevalansı, alan çalışmalarında %11-21, klinik koşullarında ise %3-16 arasında değişmektedir. Ancak belirtiler sıklıkla manik veya depresif dönemler nedeniyle gizlenmekte olduğundan, ötimik dönemlerdeki hastalarda bildirilen oranlar %40lara kadar ulaşmaktadır [12, 85, 88, 89].

Yapılan bir çalışmada, BB tanılı hastalarda OKB görülme olasılığının unipolar depresyonu tanılı hastalarla kıyaslandığında iki kat, BB ya da unipolar depresyon tanısı olmayan psikiyatri hastalarıyla kıyaslandığında üç kat fazla olduğu bildirilmiştir [85].

Yakın tarihli bir çalışmada ek tanı durumlarında çoğunlukla BB’nin daha önce başladığı, obsesif kompulsif belirtilerin daha sonra eklendiği, bu belirtilerin sıklıkla duygudurum dönemlerinde ortaya çıktığı (çoğunlukla depresif dönemlerde), genellikle mani/hipomani dönemlerinde söndüğü, antidepresan ilaç kullanımının bu hastalarda daha fazla manik kaymaya neden olduğu bu nedenle öncelikle duygudurum belirtilerinin tedavi edilmesi gerektiğini destekleyen veriler mevcuttur [13].

Çalışmalar, OKB komorbid tanısı olan BB hastalarında OKB semptomlarının OKB hastalarına göre daha yavaş başladığını ve epizodik özellikler gösterdiğini göstermiştir [85]. ‘Epizodik OKB gidişi’ bazı çalışmalar ‘serotonin geri alım inhibitörü(SSRI) ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) uygulanmadan obsesif kompulsif belirtilerde en az altı ay süreyle remisyon görülmesi’ şeklinde tanımlarken [90], bazı çalışmalarda ise ‘tedavi almadan obsesif ve kompulsif belirtilerin düzelmesi yada Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (Y-BOCS) skorlarında %50’den fazla düşme görülmesi’ şeklinde ifade edilmiştir [91].

BB ile OKB’nin birlikteliğinde ortak ya da örtüşen biyolojik etiyoloji mevcut olduğu için, erken ortaya çıkan bir alt tip ya da bağımsız bir tanı olabileceği öne sürülmektedir. Her iki bozuklukta da görülen striatal hiperaktivitenin ortak biyolojik etiyolojinin temel bir noktasını oluşturduğu düşünülmektedir [92].

OKB komorbiditesi olan BB hastalarında, saf OKB hastalarına göre saldırgan, dini ve cinsel obsesyonlar ile kontrol etme, toplama ve tekrarlama kompulsiyonlarının daha sık olduğu görülmüştür. Ayrıca karma maninin de daha sık görüldüğü ve OKB

hastalarına göre daha fazla depresif dönemler ve daha fazla sayıda intihar düşüncesi ve girişimi yaşadıkları bildirilmiştir [85].

2.10. Bipolar Bozuklukta Tedavi Yaklaşımları

BB'de tedavinin temel hedefleri içerisinde akut epizodu tedavi etmek, yeni epizod gelişimini önlemek, remisyon dönemindeki hastanın işlevselliğini artırmak, komorbiditeleri değerlendirip tedavi etmek yer almaktadır.

BB tedavisinde kullanılan ilaçların çoğu BB'nin birçok döneminde etkili olabilmektedir. Bazı ilaçlar ise mani veya depresyon dönemlerinde kullanılırsa mevcut dönemi kötüleştirebilmektedir. Klinik pratikte kullanılan ilaçların bazılarının Amerikan İlaç ve Gıda Dairesi (FDA) belirli epizod dönemlerinde kullanımları için onaylamıştır [93,94].

2.10.1. Manik Epizod Tedavisi

Manik dönem tedavisinde ilk olarak lityum ve klorpromazin kullanılarak yapılan denemeler 1970 yıllarında başlamıştır ve sonrasında 1980 ve 1990 yıllarında antiepileptikler (örn. Valproat ve karbamazepin) tedavide kullanılmaya başlanmıştır [95].

Akut manik epizodun tedavisinde DDD olarak ilk seçenek ilaçlar lityum ve valproattır; ikinci bir seçenek ilaç ise karbamazepindir [96]. Akut manik epizodda DDD olarak ilk seçenek ilaç lityum ve valproat iken, ikinci bir seçenek ilaç ise karbamazepindir [16]. Lityum ile karşılaştırıldığında, bir diğer duygudurum dengeleyici ilaç olan lamotrijinin manik epizodların önlenmesindeki etkisi daha azdır. Ancak, lamotrijinin depresif epizodları önlemedeki etkisi lityumdan daha fazla görülmektedir [97]. Hafif veya orta şiddetteki manik epizodda lityum, valproat ya da ikinci kuşak antipsikotik (AP) kullanılabilir. Şiddetli manik epizodlarda ise lityum veya valproat ikinci kuşak AP'lerle kullanılabilir, gerektiğinde tedaviye benzodiazepin eklenilebilir. [16]. Geçmişte BB tanısı olmayan, ilk atağı mani olan hastalarda tedaviye AP ile başlanabilmektedir [98]. Riskin yüksek olduğu durumlarda intihar düşüncelerinin varlığı, oral alımının olmamasına bağlı olarak fiziksel durumun

hızla bozulması, farmakoterapiye yanıtın yetersizlik, aşırı ve sürekli ajitasyon, katatoni ve gebelik durumlarında elektrokonvulzif tedavi (EKT) uygulaması önerilmektedir. Semptomların yatışmasının ardından AP tedaviler yavaşça azaltılarak bırakılabilmektedir. DDD ilaçlarla tedaviye devam edilir [99].

2.10.2. Depresif Epizod Tedavisi

Farmakoterapiye bir veya daha fazla birinci seçenek ilaçla başlanması önerilmektedir. BB depresyon dönemi için önerilen birinci seçenek tedaviler ketiapin, lityum, lamotrijin ve lurasidon monoterapileri ile lurasidon+lityum/valproik asit (VA) kombinasyon tedavisidir [95]. Buradaki ikinci seçenek tedaviler valproat, EKT ve kariprazin monoterapisi, SSRI/bupropiyon güçlendirme tedavileri ile olanzapin+fluoksetin kombinasyon tedavisidir. Aripiprazol, armodafinil, asenapin, karbamazepin, eikozapentaenoik asit (EPA), IV ketamin, levotiroksin, modafinil, n-asetilsistein, pramipeksol, Tekrarlayan transkraniyal manyetik stimülasyon (rTMS) ve serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörü (SNRI) / Monoamin oksidaz inhibitörü (MAO-I) güçlendirme tedavileri ile olanzapin monoterapisi üçüncü seçenek tedavi olarak önerilmektedir. Antidepresan ve aripiprazol monoterapisi ise önerilmemektedir [100].

2.10.3. Karma Özellikli Dönemlerin Tedavisi

Karma dönemde tedavi hem mani hem de depresyon belirtilerine yönelik yapılmaktadır ama karma atak dönemindeki depresif belirtilere yönelik tedavide antidepresan monoterapisi kullanmaktan kaçınılması gerekmektedir. Karma dönem tedavisinde ilk seçenek olarak VA, AP ya da bunların kombinasyonu tercih edilmektedir [98]. Asenapin, aripiprazol, olanzapin ve ziprasidon gibi atipik AP'lerin, klasik mani ve karma özellikleri olan mani dönemindeki hastalarda mani semptomlarının tedavisinde eşit düzeyde etkisinin olduğu saptanmıştır [100]. Hastada ajitasyon, uykusuzluk ve katatonik belirtiler varsa benzodiazepin de kullanılabilmektedir. Dirençli hastalarda EKT de tedavi seçeneklerinden biridir [16].

2.10.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bipolar Bozukluk Birlikteliğinde Tedavi Yaklaşımları

BB'ye eşlik eden OKB ek tanısı varlığında ilk yapılması gereken obsesif kompulsif belirtilere yönelik tedaviden önce duygudurum dengelenmesi yönünde olması gerekmektedir [101]. Hiçbir DDD ilacın OKB'de tek başına etkin olduğu gösterilememiştir [102].

Presinaptik glutamat salınımını inhibe eden bir antiglutamaterjik ajan olan lamotrijin güçlendirmesinin OKB'de de etkili olduğu bulunmuştur [101]. OKB hastalarında karbamazepinin etkisinin olduğuna dair olgu örnekleri bulunsa da, bu konuda kontrollü çalışma mevcut değildir [103].

Atipik AP grubu ilaçlar, OKB-BB hastalarında DDD'ye ek olarak kullanılabilir. Ancak bazı atipik AP ilaçların obsesif kompulsif belirtileri tetikleyebileceği ve ya mevcut olan belirtileri artırabileceği unutulmamalıdır [104,105].

OKB'de kesin etkin olan tek ilaç grubu SSRI grubu antidepresanlardır. Ancak OKB-BB hastalarında antidepresan ilaçların kullanımının manik kayma ve hızlı döngüye neden olma olasılıklarının mevcut olduğu unutulmamalı ve kar-zarar dengesine göre tedavi düzenlenmelidir [106].

Son yıllarda OKB-BB birlikteliğinde aripiprazolun etkin olduğunu gösteren vaka sunumları bildirilmiştir [107].

2.11. Obsesif İnanışlar

Danimarka'da 1995'de gerçekleştirilen Dünya Bilişsel Davranışçı Terapiler Kongresinde kurulan obsesif kompulsif bozukluk çalışma grubu (OKBÇB) obsesif inançları değerlendirmek için OİÖ'ni ve obsesyonel değerlendirmeleri ölçen 'Girici Düşünceleri Yorumlama Envanteri'ni geliştirmiştir [108].

OKB çalışma grubu farklı bilişsel içerik türlerini sınıflandırmak için 3 farklı kavram tanımlamışlardır.

- **Girici düşünceler:** Bilince giren istenmeyen düşünceler, imgeler, dürtülerdir. Yoğun olduğu durumlara obsesyon denir ve obsesyon OKB'nin tanımlayıcı semptomlarından biridir.
- **Değerlendirmeler:** Girici düşünceler gibi belirli bir düşünceyi ya da olayı anlamlandırmayla ilgili yorumları, beklentileri ve diğer yargı türlerini içermektedir.
- **İnançlar:** Bir bireyde mevcut olan, belirli bir olaya özgü olmaktan ziyade genel durumsal olan nispeten kalıcı varsayımlardır. Bu inançlar sadece OKB'si olan bireylerde değil, OKB gelişme ihtimali yüksek olan bireylerde ve diğer psikiyatrik bozukluklarda da görülebilir [108].

Çalışma grubunun üyeleri OKB ile ilgili merkezi öneme sahip olduğu düşünülen 5 alan belirledi. Abartılmış sorumluluk; düşünce-eylem kaynaşması ve kişinin düşüncelerinin sonuçlarının aşırı önem verme; kişinin düşüncelerini kontrol etmesinin önemi hakkında aşırı kaygı; tehdidin olasılığının ve ciddiyetinin olduğundan fazla olduğunun düşünülmesi ve belirsizliğe tahammülsüzlük. Mükemmeliyetçilik altıncı alan olarak sonradan eklenmiştir [108].

- **Abartılmış Sorumluluk:** Kişinin aklına gelen düşünceden ve bu düşünce neticesinde gerçekleşebileceğini düşündüğü sonuçtan sorumlu olduğuna dair inancıdır. Bu inanç nedeniyle kişi olumsuz bir olayda herhangi bir etkisinin mevcut olması halinde, olayı engelleme konusunda sorumluluğu olduğuna dair düşüncesi oluşur. Bu düşünce de kişide gelecekteki olası bir zararla ilgili müdahaleci bir düşünce ortaya çıkarır [108]. OKB'nin bilişsel modeline göre, OKB'yi ortaya çıkaran temel bilişsel inançtır [109, 110].
- **Aşırı Önem Verilmiş Düşünceler:** Kişinin düşüncelerine sadece var olmasından dolayı önem vermesi ve sonuçlarından sorumluluk duymasını ifade etmektedir [108]. Düşünceleri ve eylemleri eşdeğer olarak görme eğilimini ifade eden düşünce-eylem kaynaşması, bu inanç alanında yer almaktadır. Abartılmış sorumluluk duygusu, kişide saplantı oluşma ihtimalini ortaya çıkarır. Artan sorumluluk duygusu için olası neden olarak düşünce eylem kaynaşması gösterilmiştir ve bu durum kontrol etme davranışında artışa neden olmaktadır [109]. Araştırmalar, düşünce eylem

kaynaşmasının normal insanlarda da ortaya çıkabileceğini öne sürmektedir [108].

- **Düşüncelerini Kontrol Etmesinin Önemli Olduğu İnancı:** Kişinin düşüncelerinin bir felaket habercisi olduğuna inanması ile bunun sonucunda oluşacak zarardan kendisini sorumlu hissetmesidir [108]. Bu düşüncenin veya dürtünün ortaya çıkması ile kişi için olumsuz değerlendirmelere ve bunun sonucunda kişinin bu tür düşünceleri önlemek veya "geri almak" veya tekrar meydana gelmesini önlemek için kişi tarafından çaba sarf edilmesine neden olur [111].
- **Belirsizliğe Tahammülsüzlük:** Kesin olmanın gerekli olduğu, öngörülemeyen değişimlerle başa çıkma kapasitesi hakkındaki inançları ifade etmektedir [112]. OKB'si olan kişilerde mevcut olan karar vermede zorluk, kişinin kesinlik ihtiyacı şeklindeki düşüncelerinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir [108]. Yapılan meta-analiz çalışmasında belirsizliğe tahammülsüzlük yaygın anksiyete bozukluğu, unipolar depresyon ve OKB gibi hastalıklarda mevcut olduğu ancak bu bozukluklardan herhangi birine özgü olmadığı saptanmıştır [113].
- **Mükemmeliyetçilik:** Mükemmeliyetçilik, kişinin gerçekçi olmayan kişisel standartlar belirlemesi, bu standartları karşılayamadığında kendini değersizleştirme, hatalarla aşırı meşgul olması, kendi kişisel başarılarını değerlendirirken şüphelere, kesinliğe ve organizasyona aşırı dikkat etmesi olarak tanımlanmaktadır. Birçok çalışma, mükemmeliyetçiliğin, depresyon, anksiyete, OKB, kişilik bozuklukları, intihar düşünceleri ve girişimleri ve yeme bozuklukları gibi birçok psikopatolojiyle ilişkili olduğunu göstermiştir [114].

OKBÇG çalışmalarında ise ilk beş sıradaki bilişsel alanların OKB'ye özgü olduğunu, mükemmeliyetçiliğin ise başka bozukluklarla da ilişkili olabileceğini belirtmiştir [108].

OKBÇG tarafından geliştirilen OiÖ'ne yönelik sonraki çalışmalarda artmış sorumluluk algısı/abartılı tehdit algısı, mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük, düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme şeklinde olan üç

boyutun beraber değerdendirilmesinin daha etkili olduğu belirtilmiştir ve bu alanların güvenilirlik çalışması yapılmıştır [115, 116].



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem Seçimi

Kesitsel nitelikteki bu çalışmaya Diyarbakır Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi (DÜTF) Hastanesi'nde 01.04.2021-31.06.2022 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran araştırma ölçütlerini karşılayan ayaktan takip ve tedavi edilmekte olan, DSM-5 ölçütlerine göre BB-I tanısı konulmuş, ötimik durumunda 18-65 yaş aralığında 84 hasta alındı. Bu hastalar intihar öyküsü olan ve olmayan şeklinde 2 sınıfa ayrılmıştır. Çalışmamız için Diyarbakır DÜTF Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25.03.2021 tarihinde 207 karar numarası ile onay alınmıştır.

Çalışmaya dahil edilme ölçütleri:

- DSM-5 kriterlerine göre iki uçlu bozukluk tip 1 tanısı ölçütlerini karşılamak,
- Katılımcının 18 –65 yaş arasında olması,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinden 7 veya daha az puan almış olmak,
- Young Mani Değerlendirme Ölçeğinden 5 veya daha az puan almak,
- Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğinden 7 veya daha az puan almış olmak

Dışlama Kriterleri:

- Tanısal amaçlı psikiyatrik görüşmenin yapılmasına engel olacak düzeyde eğitim ve dil probleminin bulunması
- Sigara dışında, madde kullanımı veya kullanım bozukluğu olması
- Genel tıbbi bir duruma bağlı mental bozukluğun varlığı
- Zihinsel engellilik olması
- Komorbid ruhsal rahatsızlığın bulunması

3.2. Tanı Araçları ve Ölçekler

Belirtilen zaman aralığı içinde hastalar ile görüşülmüş, çalışmanın amacı ve şekli hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya katılabilmeleri için hastaların yazılı onamları alınmıştır. Olgulara; Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, mani dönemi varlığını dışlamak için Young Mania Derecelendirme Ölçeği (YMRS), depresyonun varlığını dışlamak için Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), OKB komorbiditesini dışlamak için Y-BOCS, işlevsellik düzeyini ölçmek için Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ) ve obsesif kompulsif semptomlarla ilişkili inançları değerlendirmek için Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 (OIÖ-44) uygulanmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu: Hastaların sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla hazırlanmaktadır. Bu form hastaların yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, eğitim ve çalışma durumunu, intihar girişimi ve hastaneye yatış öyküsünü, alkol-madde kullanımını, ilaç uyumunu, atak sayısı ve atakların özelliklerini, hastalığın başlangıç yaşını içermektedir. Bu veriler hasta, hasta yakınları ve hastane kayıtlarından yararlanılarak elde edilmektedir.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D): Bu ölçek 1960 yılında Max Hamilton tarafından geliştirilmiştir[117]. Klinisyenin derecelendirdiği ve son 1 hafta içindeki depresif belirtileri sorgulayan 17 maddeden oluşan bir ölçektir. Depresyon düzeyini, belirtilerin dağılımını ve şiddetinin değişimini değerlendirmek amacıyla kullanılır. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. Derecelendirmenin toplanmasıyla 0 ile 53 arasında değişen toplam puanı elde edilir. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [118].

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS): Young ve ekibi tarafından 1978'de mani döneminin şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış, görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir [119]. Mani döneminin şiddetini ölçmek amacıyla en yaygın kullanılan ölçeklerden biridir. Ölçek toplam 11 maddeden

oluşmaktadır. Her madde için "0" (yok), "1" (hafif), "2" (orta), "3" (şiddetli), "4" (çok şiddetli) arasında bir puanlama yapılır ve toplam puan hesaplanır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [120].

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği(Y-BOCS): Goodman ve ark. [121,122] tarafından obsesif kompulsif semptomların şiddetinin değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlanmış, geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir [123]. Bu çalışmada OKB varlığını dışlamak için kullanılmıştır

Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 (OIÖ-44): OKBÇG, OKB belirtilerinin gelişiminde ve sürmesinde katkısı olabilen altı inanç alanı ileri sürmüştür. Bunlar; 'aşırı sorumluluk', 'düşüncelere aşırı önem verme', 'düşüncelerin kontrolü ve kontrolün önemi', 'tehdidin abartılı tahmini', 'belirsizliğe tahammülsüzlük' ve 'mükemmeliyetçilik'tir [108]. Aynı grup bu alanları değerlendirmek için Obsesif İnançlar Ölçeği (OIÖ) geliştirmiştir [116]. Ölçeğin uzun olması ve maddeler arasında birçok alanda örtüşmesi nedeniyle, geçerlik ve güvenilirliği orijinal ölçekle benzer olan üç alt ölçekli OIÖ-44 ölçeği geliştirilmiştir. OIÖ-44 7'li Likert olarak puanlanan, 44 maddeden oluşan öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten elde edilen yüksek puan, obsesif inançların yoğunluğunu gösterir. OIÖ-44, Boysan ve ark. (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır [124].

Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİ-Ö): Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi tarafından BB olan hastaların belirtili dönemde veya dönemler arası iyileşme sırasında tüm alanlarda gösterdikleri işlevsellik düzeyini ölçmek üzere geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek 11 alt ölçekten oluşmuştur ve 52 madde içermektedir: duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, arkadaşlarıyla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobiler, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve iş/meslek [125]. Bir öz bildirim ölçeğidir. Değerlendirme üçlü Likert tipinde yapılmaktadır. Toplam puanı 52 ila 156 arasında olabilmektedir. Buna göre 2, 4, 6, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 52 numaralı maddeleri 1-2-3 şeklinde, 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 49, 50, 51 numaralı maddeleri 3-2-1 şeklinde puanlanır. Ölçeğin veya alt ölçeklerin kesme puanları

hesaplanmamıştır, karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir. Daha yüksek puan daha iyi işlevselliği göstermektedir.

3.3. Verilerin Analizi

Veriler Spss 24.0 (Statistical Package for the Social Sciences) istatistik programına girildi ve analiz edildi. Kategorik verilerin dağılımı sayı ve yüzde ile belirtilirken, sayısal veriler ortalama+standart sapma olarak belirtildi. Sosyo demografik özelliklerin dağılımı ve yüzdesi yapıldı. Kategorik veriler Chi kare testiyle analiz edilirken, numerik veriler normal dağılımlar independent sample t testi ile analiz edilirken, normal dağılmayanlar Mann-Whitney U testi ile analiz edildi. Ölçekler arasında ilişki var olup olmadığını belirlemek amacıyla Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. $P < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Tüm Hastaların ve Grupların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya 40 erkek, 44 kadın olmak üzere 84 kişi katılmıştır. Eğitim seviyesi olarak bakıldığında hastaların 3 kişi okuryazar, 11'i ilköğretim, 15'i ortaokul, 24'ü lise ve 31'i lisans mezunlarından oluşmaktadır. Hastaların medeni durumuna bakıldığında evli hasta sayısı 29'dur. Sosyal destek algısına bakıldığında sosyal desteği 77 hasta var olarak belirtmiştir. Çalışma durumuna bakıldığında 45 kişi çalışmıyor, 11 kişi öğrenci, 26 kişi çalışıyor, 2 kişinin ise emekli olduğu görüldü. Tüm hastaların %52.4'ü sigara içerken, %47.6'sı sigara içmiyordu. İntihar girişimi olan 33 hasta vardır. Çalışmaya alınan hastaların yaş aralığı 18-57 arasında değişiyordu. Ortalama yaşı 31,9±9,8 yıldır.

İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Buna göre intihar girişimi olanların % 36.4'ü erkek iken, % 63.6'sı kadın idi ve bu istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.097$). İntihar girişimi olanların yaşı 31,5±8,5 iken, intihar girişimi olmayanların yaşı 32,2±10,6 idi ve istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,844$). İntihar girişimi olanların % 54.5'i sigara içerken, %45.5'i sigara içmiyordu. Bu istatistiksel olarak anlamsızdı ($p=0.749$). Araştırmamıza katılanların intihar girişimi olup olmamama açısından eğitim durumlarına göre ($p=0.391$), medeni hal ($p=0.558$), iş durumu ($p=0.378$), aile desteği ($p=0.840$) ve hastaya bakım veren kişilere göre de ($p=0.953$) istatistiksel açıdan bir fark yoktu.

Çalışmaya katılan tüm hastaların ve grupların sosyodemografik verileri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Grupların ve Tüm Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

	İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN (n=33)	İNTİHAR GİRİŞİMİ OLMAYAN (n=51)	TOPLAM (n=84)	p ⁺
	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	
Yaş	31,5±8,5	32,2±10,6	31,9±9,8	0,844
	İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN (n=33)	İNTİHAR GİRİŞİMİ OLMAYAN (n=51)	TOPLAM (n=84)	p ⁺⁺

	N (%)	N (%)	N (%)	
Sigara kullanımı				
Var	18 (54.5%)	26 (51%)	44 (52.4%)	0.749
Yok	15 (45.5%)	25 (49%)	40 (47.6%)	
Cinsiyet				
Kadın	21 (63.6%)	23 (45.1%)	44 (52.4%)	0.097
Erkek	12 (36.4%)	28 (54.9%)	40 (47.6%)	
Eğitim Düzeyi				
Okur yazar	2 (6.1%)	1 (2%)	3 (3.6%)	0.391
İlköğretim	3 (9.1%)	8 (15.6%)	11 (13.1%)	
Ortaöğretim	5 (15.1%)	10 (19.6%)	15 (17.9%)	
Lise	10 (30.3%)	14 (27.5%)	24 (28.6%)	
Üniversite	13 (39.4%)	18 (35.3%)	31 (36.9%)	
İş Durumu				
Çalışıyor	10 (30.3%)	16 (31.4%)	26 (30.9%)	0.378
Emekli/Çalışmıyor	10 (30.3%)	13 (25.5%)	23 (27.4%)	
Çalışmıyor	7 (21.2%)	17 (33.3%)	24 (28.6%)	
Öğrenci	6 (18.2%)	5 (9.8%)	11 (13.1%)	
Medeni Hal				
Evli	10 (30.3%)	19 (37.3%)	29 (34.5%)	0.558
Bekar	20 (60.6%)	30 (58.8%)	50 (59.5%)	
Boşanmış	3 (9.1%)	2 (3.9%)	5 (6%)	
Aile desteği				
Yeterli	30 (90.9%)	47 (92.2%)	77(91.6%)	0.840
Yetersiz	3 (9.1%)	4 (7.8%)	7 (8.4%)	
Bakım veren				
Anne-Baba	18 (54.6%)	26 (51%)	44 (52.4%)	0.953
Eş	9 (27.3%)	15 (29.4%)	24 (28.6%)	
Kardeş	4 (12.1%)	7 (13.7%)	11 (13.1%)	
Çocuk	1 (3%)	0	1 (1.2%)	
Diğer	1 (3%)	3 (5.9%)	4 (4.7%)	

n: sayı, ort:ortalama, ss: standart sapma, p⁺ Mann Whitney U testi istatistiksel anlamlılık değeri p⁺: ki kare testi istatistiksel anlamlılık değeri

4.2. Tüm Hastaların ve Grupların Klinik Özellikleri

Çalışmaya katılan hastalarda intihar girişimi olan hasta sayısı 33 iken olmayan hasta sayısı 51'di. Hastalık süreleri 2-456 ay arasında değişiyordu. Medyan değerleri 102 ay idi. Hastalık başlama yaşı 12-55 arasında değişiyordu ve medyan değeri 21'di. Hastane yatış sayıları 0-8 arasındaydı ve medyan değeri 1'di. Manik atak sayıları 1-18 arasındaydı ve medyan değeri 2'yd. Depresif atak sayıları 0-24 arasındaydı ve medyan değeri 3'tü. İlk ve son epizodlarına baktığımızda baskın olan depresyon dönemi idi. Mevsimsellik özelliği var diyenlerin oranı %45.2 iken, yok diyenlerin oranı %54.8'di.

Mani döneminde psikotik özellik olanların oranı %89.2 iken, depresyon döneminde psikotik özellik olanların oranı %82.1'di. Soygeçmişlerinde psikiyatrik hastalık varlığı olanların oranı %25 iken, olmayanların oranı %57.2'ydi. Bilmiyorum diyenlerin oranı ise %4.8'di. Ailesinde intihar öyküsü olanların oranı %76.2 iken, olmayanların oranı %23.8'di.

İntihar girişimi olan ve olmayan hastalarda intihar girişimi olanların % 30.3'ünde psikotik depresyon varken, intihar girişimi olmayanlarda bu oran %9.8 idi ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.017$). Kullanılan ilaçların yan etkisine baktığımızda intihar girişimi olanlarda % 66.7, olmayanlarda ise %52.9 olup istatistiksel fark bulunamadı ($p=0.213$). Araştırmamızda intihar girişimi olanlarda mevsimsellik ilişkisi olanların oranı %60.6 iken intihar girişimi olmayanlarda bu oran %35.3 idi ve bu istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.023$). Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda intihar girişimi olup olmama açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p=0.790$). Ailesinde intihar girişimi öyküsü olanlarda intihar girişimi olup olmama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.549$). İntihar girişimi olanların %93.9'unda psikotik mani varken, intihar girişimi olmayanlarda bu oran %86.3 idi ve istatistiksel olarak anlamsızdı ($p=0.267$). Her iki grupta madde, alkol kullanımı olan hasta yoktu.

Araştırmaya katılanlarda intihar girişimi olanların mani atak sayısı medyan değeri 3 iken, intihar girişimi olmayanların mani atak sayısı medyan değeri 2'ydi ve istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0.139$). İntihar girişimi olanların depresif atak sayısı medyan değeri 4 iken, intihar girişimi olmayanların depresif atak sayısı medyan değeri 4'dü ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.031$). İntihar girişimi olanların hastalık süresi medyan değeri 120 ay idi, intihar girişimi olmayanlarda medyan değeri 84 ay idi ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.023$). İntihar girişimi olanlarda hastalık başlama yaşı medyan değeri 19 iken intihar girişimi olmayanlarda medyan değeri 22 idi ve erken yaşta hastalığın başlaması intihar girişimi oranını istatistiksel olarak arttırmaktaydı ($p=0.015$).

Tüm hastaların ve grupların klinik özellikleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3:Grupların ve Tüm Hastaların Klinik Özellikleri

	İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN (n=33)	İNTİHAR GİRİŞİMİ OLMAYAN (n=51)	TOPLAM (n=84)	
	Medyan (Min-Max)	Medyan (Min-Max)	Medyan (Min-Max)	P
Hastalık süresi (ay)	120 (24-252)	84 (2-456)	102 (2-456)	0,023*
Hastalık başlama yaşı	19 (12-42)	22 (13-55)	21 (12-55)	0,015*
Hastane yatış sayısı	1 (0-8)	1 (0-6)	1 (0-8)	0,099
Mani atak sayısı	3 (1-8)	2 (1-18)	2 (1-18)	0,139
Depresif atak sayısı	4 (1-20)	2 (0-24)	3 (0-24)	0,031*
	İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN (n=33)	İNTİHAR GİRİŞİMİ OLMAYAN (n=51)	TOPLAM (n=84)	p⁺⁺
	N (%)	N (%)	N(%)	
İlk epizod türü				
Depresyon	22 (66.7%)	29 (56.9%)	51(60.7%)	0.369
Mani	11 (33.3%)	22 (43.1%)	33(39.3%)	
Son geçirdiği epizod				
Depresyon	22 (66.7%)	25 (49%)	47 (56%)	0.112
Mani	11 (33.3%)	26 (51%)	37 (44%)	
Mevsimsellik				
Var	20 (60.6%)	18 (35.3%)	38 (45.2%)	0.023*
Yok	13 (39.4%)	33 (64.7%)	46 (54.8%)	
Psikotik mani				
Var	31 (93.9%)	44 (86.3%)	75 (89.2%)	0.267
Yok	2 (6.1%)	7 (13.7%)	9 (10.8%)	
Psikotik depresyon				
Var	10 (30.3%)	5 (9.8%)	15 (17.9%)	0.017*
Yok	23 (69.7%)	46 (90.2%)	69 (82.1%)	
İlaç yan etkisi				
Var	22 (66.7%)	27 (52.9%)	49 (58.3%)	0.213
Yok	11 (33.3%)	24 (47.1%)	35 (41.7%)	
Psikiyatrik soygeçmiş				
Var	23 (69.7%)	33 (64.7%)	21 (25%)	0.790
Yok	9 (27.3%)	15 (29.4%)	48 (57.2%)	
Bilinmiyor	1 (3%)	3 (5.9%)	4 (4.8%)	
Ailede intihar girişimi öyküsü				
Var	9 (27.3%)	11 (21.6%)	20(23.8%)	0.549
Yok	24 (72.7%)	40 (78.4%)	64(76.2%)	

n: sayı, p*: Mann Whitney U testi istatistiksel anlamlılık değeri, p⁺⁺: ki kare testi istatistiksel anlamlılık değeri, *: p≤0.05 olup istatistiksel olarak anlamlı olanlar

4.4. Grupların İntihar Girişimi Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

İntihar girişimi olan ve olmayan hastalar arasında obsesif inanışlar ölçek puanları karşılaştırılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Total puana baktığımızda da iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

İntihar girişimi olan ve olmayan hastalar arasında BBIÖ puanları karşılaştırılmıştır. Toplumsal etkinliklere katılım ölçeğinde; intihar girişimi olanların ortalaması ise $13,6\pm3,2$ idi, intihar girişimi olmayanların ortalaması $11,4\pm3,6$ idi ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.042$). Günlük etkinlikler ve hobiler ölçeğinde; intihar girişimi olanların ortalaması $12,9\pm3,3$ iken, intihar girişimi olmayanların ortalaması $10,8\pm1,9$ idi ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0.004$). Diğer ölçek alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Toplam puanlara baktığımızda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Grupların İntihar Girişimi Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Grupların İntihar Girişimi Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

İntihar girişimi	Var (N=33) Ort±SS	Yok (N=51) Ort±SS	P
BBIÖ			
Duygusal işlevsellik	7,3±1,6	7,6±1,4	0,501
Zihinsel işlevsellik	8,8±2,3	9,7±1,9	0,086
Cinsel işlevsellik	8,1±3,0	8,3±2,8	0,809
Dalgalanma hissi	8,1±2,8	9,3±2,5	0,052
İçe kapanıklık	6,5±2,0	6,1±1,6	0,357
Ev içi ilişki	13,6±3,2	12,3±3,3	0,163
Arkadaş ilişkileri	11,2±3,0	10,1±2,7	0,113
Toplumsal etkinliklere katılım	13,6±3,2	11,4±3,6	0,042*

Günlük etkinlikler ve hobiler	12,9±3,3	10,8±1,9	0,004*
İnsiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme	5,9±1,9	5,2±1,8	0,133
İş	9,3±2,6	10,2±2,2	0,159
Toplam	105,1±17,1	100,8±14,7	0,221
OİÖ			
Mükemmeliyetçilik/Kesinlik	62,2±24,3	64,9±20,5	0,587
Önem verme/Kontrol etme	35,8±17,9	33,5±15,2	0,526
Sorumluluk/Tehlike beklentisi	58,9±24,3	57,2±20,9	0,730
Toplam	156,9±58,9	155,5±46,8	0,989

BBİÖ: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği, OİÖ: Obsesif inanışlar ölçeği, N: Sayı, SS: Standart Sapma, P: Mann-Whitney U testi istatistiki anlamlılık değeri, *: $p \leq 0.05$ olup istatistiksel olarak anlamlı olanlar

4.5. Bipolar Bozuklukta İşlevselliğin Obsesif İnanışlar Açısından Değerlendirilmesi

Araştırmamıza katılan kişilerde OİÖ alt puanları ile BBİÖ alt puanları arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek için korelasyon analizi kullanıldı. Duygusal işlevsellik ölçeğiyle sorumluluk tehlike beklentisi ölçeği arasında negatif bir korele ($r=-0,241/p=0,027$) ilişki mevcuttu. Damgalanma hissi ölçeğiyle sorumluluk tehlike beklentisi ölçeği ($r=-0,351/p=0,001$) ve önem verme –kontrol etme ölçeği arasında orta derecede negatif bir korele ilişki mevcuttu ($r=-0,407/p<0,001$). Ev içi ilişki ölçeği ile önem verme- kontrol ölçeği arasında negatif zayıf bir korelasyon ilişkisi mevcuttu ($r=-0,247/p=0,023$). Günlük etkinlikler ve hobiler ölçeği ile mükemmeliyetçilik-kesinlik ölçeği arasında zayıf bir korele ilişki vardı ($r=0.234/p=0.032$).

Tüm hastaların OİÖ ile BBİÖ korelasyon analizi Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. Tüm Hastaların OİÖ İle BBIÖ Korelasyon Tablosu

Tablo: BBIÖ ile OİÖ alt ölçek puanları arasındaki korelasyon analizi

		Duygusal İşlevsellik	Zihinsel İşlevsellik	Cinsel İşlevsellik	Damgalanma hissi	İçe kapanıklık	Ev içi ilişki	Arkadaş ilişkileri	Toplumsal etkinliklere katılım	Günlük Etkinlikler Ve katılım	İnisiyatif Alma ve potansiyelini kullanabilme	İş	Sorumluluk tehlike beklentisi	Mükemmeliyetçilik kesinlik	Önem verme kontrol etme
1	Duygusal İşlevsellik	r	1												
5	Zihinsel İşlevsellik	p	,303*	1											
2	Cinsel İşlevsellik	r	,215	,331	1										
9	Damgalanma hissi	p	,050	,002		1									
	İçe kapanıklık	r	,426**	,330**	,350**	1									
	Ev içi ilişki	p	,000	,002	,001		1								
	Arkadaş ilişkileri	r	,365**	,294*	,306**	,112		1							
	Toplumsal etkinliklere katılım	p	0,001	,007	,005	,311			1						
	Günlük Etkinlikler Ve katılım	r	,136	,250	,241*	,110	,431**			1					
	İnisiyatif Alma ve potansiyelini kullanabilme	p	,216	,022	,027	,319	<,001				1				
	İş	r	,276*	,276*	,407**	,188	,565**	,252	1						
	Sorumluluk tehlike beklentisi	p	,011	,011	<,001	,088	<,001	,021							
	Mükemmeliyetçilik kesinlik	r	,192	,132	,274	,032	,390*	,093	,523**	1					
	Önem verme kontrol etme	p	,081	,232	,012	,775	<,001	,399	,000						
		r	,122	,058	,172	-,128	,390*	,094	,266	,538**	1				
		p	,268	,599	,118	,247	<,001	,396	,015	,000					
		r	,172	,266	,277*	,079	,270	,416	,183	,335*	,487**	1			
		p	,112	,015	,011	,473	,013	<,001	,096	,002	,000				
		r	,129	,281	,076	,233	,083	,116	-,046	-,202	,066	,013	1		
		p	,241	,010	,493	,033	,456	,295	,676	,066	,553	,904		1	
		r	-,241	-,180	,008	-,351**	-,108	,024	-,050	,000	,117	-,011	-,042		1
		p	,027	,101	,943	,001	,327	,828	,651	,998	,291	,921	,706		
		r	-,091	-,168	,030	-,083	-,075	-,158	,063	-,039	,234*	,015	,056	,609**	
		p	,411	,126	,785	,452	,500	,150	,572	,722	,032	,892	,616	,000	
		r	-,207*	-,195	-,103	-,407**	-,166	-,247	-,063	,123	,177	-,144	-,005	,697**	,443**
		p	,059	,075	,352	<,001	,132	,023	,568	,265	,107	,192	,967	,000	,000

BBIÖ: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği, OİÖ: Obsesif inanışlar ölçeği, P: Spearman korelasyon testi istatistiksel anlamlılık değeri r: Korelasyon katsayısı *: $p \leq 0.05$ olup istatistiksel olarak anlamlı olanlar **: $p \leq 0.01$ olup istatistiksel olarak anlamlı olanlar

Araştırmamızda intihar girişimi olan ve olmayan grupların obsesif inanışlar ölçek alt puanları ile BBIÖ alt puanları arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek için korelasyon analizi kullanıldı. İntihar girişimi olan grupta sorumluluk-tehlike beklentisi ölçek puanı ile duygusal işlevsellik ölçek puanı ($r = -0.427/p = 0.004$) arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisi mevcut iken; intihar girişimi olmayan grupta ise damgalanma hissi ölçek puanı arasında ($r = -0.395/p = 0.004$) orta derece negatif bir korelasyon ilişkisi mevcuttu. İntihar girişimi olan grupta mükemmeliyetçilik-kesinlik alt ölçek puanı ile duygusal işlevsellik ölçek puanı ($r = -0.621/p = 0.015$) arasında orta düzeyde negatif bir korelasyon ilişkisi mevcut iken, günlük etkinlikler ve hobiler ölçek

puanı($r=0.467/p=0.006$) arasında orta düzeyde pozitif bir korelasyon ilişkisi mevcuttu. İntihar girişimi olan grupta önem verme-kontrol etme ölçek puanı ile duygusal işlevsellik ($r=-0.378/p=0.030$), içe kapanıklılık ($r=-0.379/p=0.030$) ve ev içi ilişki($r=-0,473/p=0.05$) ölçek puanı arasında orta düzeyde negatif bir korelasyon ilişkisi mevcut iken günlük etkinlikler ve hobiler($r=0.345/p=0.049$) ölçek puanı arasında orta düzeyde pozitif bir korelasyon ilişkisi mevcuttu. İntihar girişimi olmayan grupta ise önem verme-kontrol etme ölçek puanı ile damgalanma hissi ölçek puanı ($r=-0.489/p<0.001$) arasında orta düzeyde negatif bir korelasyon ilişkisi mevcuttu.

Grupların BBiÖ alt ölçek puanlarının, OiÖ alt ölçek puanları ile korelasyon analizi Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Grupların BBiÖ Alt Ölçek Puanları ile OiÖ Alt Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi

Parametre		Sorumluluk-Tehlike Beklentisi		Mükemmeliyetçilik-Kesinlik		Önem Verme-Kontrol Etme	
		İntihar girişimi olan (N=33)	İntihar girişimi olmayan (N=51)	İntihar girişimi olan (N=33)	İntihar girişimi olmayan (N=51)	İntihar girişimi olan (N=33)	İntihar girişimi olmayan (N=51)
Arkadaş ilişkileri	r p	-0.305 0,084	0,139 0,331	-0,055 0.760	0,180 0,207	-0.320 0.069	0,089 0,535
Cinsel işlevsellik	r p	-0,165 0,359	0,140 0,327	-0,048 0,790	-0,028 0,846	-0.154 0.393	-0,082 0,567
Damgalanma hissi	r p	-0.282 0,111	- 0,395** 0,004	-0,220 0.219	0,028 0,846	-0,312 0,078	- 0,489** <0,001
Duygusal işlevsellik	r p	-0.427 0.013*	-0,054 0,707	-0,621 0.015**	0,196 0,169	-0,378* 0.030	-0,061 0,670
Ev içi ilişki	r p	-0.227 0.203	0,217 0,126	-0.217 0,226	-0,116 0,417	- 0.473** 0.005	-0,098 0,493
Günlük etkinlikler ve hobiler	r p	0.299 0.091	-0,146 0,306	0,467 0.006**	0,009 0,951	0.345* 0.049	-0,049 0,734
İçe kapanıklık	r p	-0.267 0.133	0,054 0,708	-0.093 0.608	-0,070 0,624	-0.379* 0.030	0,015 0,919
İnisiyatif alma ve	r	0.036	-0,027	0.091	-0,071	-0,043	-0,251

Potansiyelini kullanabilme	p	0.842	0,849	0.616	0,622	0.813	0,076
İş	r p	-0,126 0.485	-0,003 0,984	-0.015 0.932	0,083 0,560	-0,014 0,939	-0,004 0,978
Toplumsal etkinliklere katılım	r p	0.104 0.981	-0,017 0,903	0,181 0.313	-0,197 0,165	0.090 0.617	0,129 0,366
Zihinsel işlevsellik	r p	-0.258 0.147	-0,099 0,489	-0,123 0.495	-0,267 0,058	-0,304 0,085	-0,107 0,455

BBİÖ: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği, OİÖ: Obsesif inanislar ölçeği, P: Spearman korelasyon testi istatistiksel anlamlılık değeri r: Korelasyon katsayısı *: $p \leq 0.05$ olup istatistiksel olarak anlamlı olanlar **: $p \leq 0.01$ olup istatistiksel olarak anlamlı olanlar

Grupların toplam BBİÖ ile toplam OİÖ puanları arasında yapılan korelasyon analizinde, intihar girişimi olanlarda, olmayanlarda ve toplamda istatistiksel olarak herhangi bir korelasyon ilişki saptanmamıştır.

Toplam BBİÖ ile toplam OİÖ arasında korelasyon analizi Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: Toplam BBİÖ ile Toplam OİÖ Arasında Korelasyon Analizi

		Toplam Bipolar işlevsellik ölçeği		
		İntihar girişimi olan (N=33)	İntihar girişimi olmayan (N=51)	Toplam (N=84)
Toplam obsesif inanislar ölçeği	r	-0,161	0,152	-0,144
	p	0,370	0,288	0,191

P: Spearman korelasyon testi istatistiksel anlamlılık değeri r: Korelasyon katsayısı BBİÖ: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği OİÖ: Obsesif İnanislar Ölçeği

5. TARTIŞMA

5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamıza BB-I tanısı remisyon döneminde %52.4'ü kadın, %47.6'sı erkek hasta olmak üzere 84 hasta dahil edilmiştir. Bu çalışmada BB hastalarının %39.3 'ünün yaşamları boyunca en az 1 kez özkıym girişimi öyküsü mevcuttur. Çeşitli araştırmalardaki BB tanısıyla izlenen hastaların cinsiyet özelliklerine bakıldığında: Akkaya ve arkadaşlarının Türkiye'de 584 hasta ile yaptıkları bir çalışmada hastaların %51,3'ü erkek, %48,7'si kadındı [126]. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada 91 hastanın %57.1'i kadın, %42.9'u erkekti [127]. BB'nin fenomenolojisinde cinsiyet farklılıkları ile ilgili yeterince çalışma yapılmamıştır ve çelişkili sonuçlar vardır. Bunda hastalığın her iki cinsten eşit görülmesinin rolü olabileceği düşünülebilmektedir. Hastalık her iki cinsten eşit görülür ancak klinik özellikleri ve gidişinde çeşitli cinsiyet farklılıkları mevcuttur [128].

Çalışmamızda olguların diğer sosyo-demografik özellikleri incelendiğimizde; Çalışma durumu olarak değerlendirildiğinde %28.6'sı çalışmıyor, %13.1'i öğrenci, %30.9'u çalışıyor, %27.4'ü emekli-ev hanımı olduğu görüldü. Eğitim seviyesi olarak bakıldığında hastaların %3.6'sı kişi okuryazar, %13.1'i ilköğretim, %17.9'u ortaöğretim, %28.6'sı lise ve %36.9'u lisans mezunlarından oluşmaktadır. Hastaların medeni durumuna bakıldığında hastaların %34,5'i evli, %6'sı boşanmış, %59.5'i bekar. Türkiye'de bir çalışmada ise hastaların önemli bir kısmı (%68.4) işsiz veya çalışmadığı, medeni durumlarının ise Bekar %44.0, Evli %46.3, Dul %3.9, Boşanmış %5.8 şeklinde olduğu belirtilmiştir [26]. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde BB tanılı 150 hasta ile yapılan bir tez çalışmasında da işsizlik oranının %67,3 olduğu, medeni duruma bakıldığında %42,7'sinin evli olduğu ve %16,7'sinin boşanmış olduğu, ortalama eğitim yılının ise $8,71 \pm 3,73$ yıl olduğu bulunmuştur [129]. Erenköy Ruh ve Sinir hastalıkları Hastanesi'nde 100 BB tanılı hasta ile yapılan bir tez çalışmasında da hastaların %49'nun ilköğretim, %23'nün lise mezunu olduğu, %75'nin çalışmadığı ve %63'nün bekar olduğu belirtilmiştir [130]. Gültekin ve arkadaşları tarafından yapılan bir derlemede, BB ile ilgili yapılan çalışmalarda eğitim yılı ortalamasının yüksek bulunma nedenini, çalışmaların genelde eğitim düzeyi yüksek olan büyük şehirlerde yapılmış olmasına bağladıklarını bildirmişlerdir. Bunun

yanısıra evli olma oranı BB tanılı olgularda, sağlıklı kontrollerden düşüktür ve çocuk sayıları daha az görülmektedir [10]. Amerika, Avustralya ve Finlandiya gibi ülkelerde yapılan çalışmalardaki evli olma oranları çok daha düşüktür [131-133]. Bu durumun aile içi bağların ve yaptırımların hala sağlam olmasından, evlilik kurumunun sürekliliğini sağlayan değer yargılarının diğer batılı ülkeler ile farklılık göstermesi gibi nedenlerden olabileceğinin düşünüldüğü belirtilmiştir [126]. Çalışmamızda örneklemin sosyodemografik özelliklerinin ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmaların bulguları ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Geçmişte en az bir kez intihar girişimi olan ve olmayan grupları sosyodemografik veriler açısından karşılaştırdığımızda; intihar girişim öyküsü bulunan grubun %63.6'sının kadın, %36.4'ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Çukurova üniversitesinde yapılan bir çalışmada intihar girişimi olanların %48'inin kadın, %38.4'ünün erkek olduğu görülmüştür [127]. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde BB tanısı ile ayaktan tedavi görmekte olan remisyon dönemindeki 74 hasta ile yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %63,89'u kadın, %36,11'i erkekti [134]. Çin'de yapılan bir meta analiz çalışmasında da yine aynı şekilde kadın oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir [135]. Kadın cinsiyetin intihar riskini artıran faktörlerden olduğu bilinmektedir. Kadınlarda intihar girişimi riskinin 4 kat yüksek olduğu belirtilmektedir [1].

Medeni durumuna bakıldığında intihar girişim öyküsü bulunan grubun %60.6'sı bekar, %30,3'ü evli, %9.1'i boşanmış iken intihar girişim öyküsü bulunmayan grubun %58.8'i bekar, %37.3'ü evli, %3.9'u boşanmıştı. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde 100 BB tanılı hasta ile yapılan bir tez çalışmasında da katılanlardan intihar öyküsü olanların %60,47'sinin bekar, %39,53'nün evli, intihar girişimi olmayanların %64,91'inin bekar, %35,09'unun evli olduğu görülmüştür [130]. Bu tez çalışması ile verilerimiz uyumluydu ancak Ekşioğlu ve arkadaşlarının 246 duygudurum bozukluğu tanılı hasta ile yaptıkları bir çalışmada 153 BB tanılı hastalar içerisinde intihar girişim öyküsü olanların %39,3'ü, girişim öyküsü olmayanların %55,2'si evliydi [136]. Boşanmış, dul veya bekar olmak genel toplumda intihar riskini artıran medeni durumlardır [137]. BB tanılı hastalarda ise genel toplumda olduğu gibi boşanmış, dul veya hiç evlenmemiş olmayı yüksek özkıyım davranışı riski ile ilişkilendiren çalışmalar [138] mevcut olduğu gibi medeni durumu

hastalığın kendisiyle ilişkilendiren çalışmalar da vardır [139, 140]. Çalışmamızın kesitsel olması ve hasta sayısının kısıtlılığı nedeniyle literatür verilerinden farklı sonuçlar elde etmiş olabiliriz.

Çalışmamızda sosyal destek açısından bakıldığında hastaların %91.6'sının sosyal desteğe sahip olduğu görülmüştür. İki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,694$). Heikkinen ve arkadaşlarının Finlandiya'da 1607 intiharın dahil edildiği bir meta analiz çalışmasında sosyal destek yetersizliğinin intihar riskini artıran faktörlerden biri olduğu belirtilmiştir [141]. Bu çalışma gibi literatürde çalışmamızın tam tersi sonuçlara sahip birçok çalışma olmakla birlikte çalışmamızla benzer veriler de mevcuttur. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde remisyon dönemindeki BB tanılı 100 hastada yapılan bir tez çalışmasında hastaların %80'inin sosyal desteğe sahip olduğu görülmüştür. İntihar girişimi olan ve olmayan iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.697$) [130]. Ayrıca Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne intihar nedeniyle yatırılan 154 hasta ile çalışma yapılmış. Bu çalışmadaki hastaların %76.6'sında kısmi ya da tam desteğe sahip olduğu saptanmıştır. Hastaların aile desteği mevcut olsa da parçalanmış bir aile yapısına sahip olduğu ve sosyal izolasyon olduğu için literatürle uyumlu olduğu şeklinde yorumlanmıştır [142]. Bu iki çalışmada bizim çalışmamızla benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Bizim çalışmamızda katılanların sosyal desteklerinin yüksek olması ve iki grubun sosyal desteklerinin benzer olarak çıkması çalışmaya katılan örneklem grubunun polikliniğimize başvuran hastalardan oluşması ve polikliniğe başvuran hastaların genellikle sosyal desteği mevcut olan hastalardan oluşması nedeniyle olabilir.

Eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Literatüre baktığımızda Ekşioğlu ve arkadaşlarının 246 duygudurum bozukluğu tanılı hasta ile yaptıkları bir çalışmada 153 BB tanılı hastada bizim çalışmamız ile benzer şekilde intihar girişimi ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır [136]. Yine Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde 74 ötimik dönemdeki BB tanılı hasta ile yapılan bir çalışmada eğitim durumları incelendiğinde ise çalışmaya katılanların öğrenim yılının ortalama değerinin $11,50\pm3,28$ olduğu görülmüş ve iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır [134]. Genel toplumda bireyin eğitim durumunun ve sosyal statüsünün düşük olması

artmış özkıyım riski ile ilişkilendirilirken BB’de bu durumlar daha az önem taşıyor olabilmektedir. Özkıyım davranışı ile ilişkili risk faktörlerinin değerlendirildiği 108 BB tanılı hasta ile yapılan bir çalışmada, özkıyım girişiminde bulunanlar ile bulunmayanlarda ortalama eğitim yılının aynı olduğu belirtilmiştir [143].

5.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri

Gruplar ilk atağın tipi, baskın atağın tipi, toplam atak sayısı, atakların psikotik özellik gösterip göstermemesi açısından karşılaştırılmıştır. Her iki grupta da ilk geçirdikleri epizodların en sık depresyon olduğu görüldü. Ancak son geçirdiği epizod intihar girişimi olan grupta en sık depresyon iken, intihar girişimi olmayan grupta mani idi. Atak sayıları açısından bakıldığında manik atak sayıları arasında anlamlı farklılık saptanmaz iken depresif atak sayılarına baktığımız iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.031$). Ayrıca psikotik özellik durumuna baktığımızda psikotik mani dönemlerinde her iki grupta anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak psikotik depresyon dönemlerine bakıldığında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.017$). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde BB’de intihar konulu bir çalışmada intihar girişimi öyküsü olan grupta depresyon ve karma atakların daha fazla, mani ataklarının ise daha nadir olduğu belirtilmiştir. Ayrıca intihar girişimi olan grupta epizodların psikotik özellikli olma oranı yüksek bulunmuştur [127]. Ancak bir meta analiz çalışmasında, 7 çalışmadan bir tanesi psikoz öyküsü olan kişiler arasında daha yüksek intihar girişimi oranı bildirmiş, başka bir tanesi psikoz öyküsü olmayan kişiler arasında daha yüksek bir oran bildirmiş ve geri kalanı anlamlı bir fark bulamamış ve sonuç olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Aynı çalışmada Türkiye’deki çalışmalara benzer olarak ilk ve baskın atağın depresyon olması, intihar girişim öyküsü ile ilişkili bulunmuştur [132].

Gruplar hastalık başlangıç yaşı, toplam yatış sayısı, mevsimsellik, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve ailede intihar girişim öyküsü açısından karşılaştırıldığında ise yalnızca mevsimsellik intihar girişimi olan grupta (60.6%-39.4%), olmayan gruba (35.3%-64.7%) göre daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.023$). Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde BB-I tanılı 74 ötimik hasta ile yapılan bir tez çalışmasında intihar

girişimi olanlarda bozukluğun mevsimsellik göstermesi, intihar girişimi olmayanlara göre daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir [134]. Bu çalışmanın bulguları bizim çalışmamız ile uyumludur. Ancak Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan başka bir çalışmada mevsimsellik açısından (%46.1-%53.9) anlamlı bir farklılık saptanmamıştır [127]. Mevsimsel özellik gösteren hastalarda, prognozun daha kötü olduğu bildirilmektedir [144].

Çalışmamızda hastane yatış sayılarında ise iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.099$). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 108 BB tanıılı hasta ile yapılan bir çalışmada gruplar yalnızca özkıyım düşüncesi olan, özkıyım girişimi olan ve özkıyım davranışı olmayan şeklinde ayrılmıştır. Bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak intihar girişim öyküsü olan grupta, hem intihar girişimi olmayan hem de yalnızca intihar düşüncesi olan gruba göre yatış sayıları yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ayrıca depresyon ve karma dönemlerindeki yatışların sayısı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Mani ve mani+karma+hipomani dönemlerindeki yatış sayılarının intihar girişimi olan grupta, intihar girişimi olmayan gruba göre fazla olduğunu saptanmıştır. Bu sonuçlar özkıyım girişimi ya da yaşam boyu özkıyım davranışı olan BB tanıılı olguların daha ağır bir hastalık seyrine sahip olabilecekleri şeklinde yorumlanmıştır [143]. Bizim çalışmamızla ille benzer şekilde bir çalışmada iki grup arasında yatış sayısı açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Bu çalışmada her iki grubunda ilk atakları ve baskın atakları ağırlıklı olarak mani olarak saptanmıştır. [134]. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde BB tanıılı 150 hasta ile yapılan bir tez çalışmasında intihar girişim öyküsü olan, intihar düşüncesi öyküsü olan ve intihar girişim ya da düşüncesi olmayan hastalar değerlendirilmiş. Gruplar arasında hastane yatış sayıları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır [129]. Hastane yatış sayısının fazla olması da intihar riski artışı ile ilişkilendirilen faktörlerdendir [145]. Bizim çalışmamızda iki grubun yatış sayıları arasında farklılık saptanmamasının nedeni hastaların sosyal desteklerinin yüksek olması olabilir. Ayrıca bizim toplumumuzda hastane yatışına karşı aileler tarafından negativist bir tutum mevcuttur. Bu durum da anlamlı farklılık saptanamamızın nedeni olabilmektedir.

İntihar girişimi olan hastalarda ($20,4\pm6,8$) hastalık başlama yaşı, intihar girişimi olmayan hastalara ($23,4\pm7,5$) göre daha erkendi ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,015$). Hastalık süresi ise intihar girişimi olan hastalarda ($131,6\pm60,7$),

intihar girişimi olmayan hastalara ($109,7 \pm 93,3$) göre daha uzundu ve istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p=0,023$) İtalya’da yapılan bir çalışmada ise intihar girişimi olan hastalarda hastalığın daha erken başladığını, hastalık süresinin daha uzun olduğunu bulmuşlardır [146]. Aynı şekilde yurt dışında yapılan bir meta analiz çalışmasında intihar girişimi olan grupta hastalığın daha erken yaşta başladığını bulunmuştur [69]. Erken başlangıç yaşı intihar girişimi ile ilişkili faktörler arasında gösterilmektedir [145].

Ailede intihar öyküsü açısından bakıldığında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.549$). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi’ndeki bir çalışmada ailede intihar öyküsünün olması açısından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır [147]. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 108 BB tanılı hasta ile yapılan bir çalışmada gruplar yalnızca özkıyım düşüncesi olan, özkıyım girişimi olan ve özkıyım davranışı olmayan şeklinde gruplandırılmıştır. Bu çalışmada özkıyım girişimi olan grupta, özkıyım davranışı olmayan gruba göre ailede tamamlanmış intihar öyküsü daha yüksek bulunmuştur. Ancak ailede özkıyım girişimi öyküsü açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç ailede özkıyım girişimi olan grupta, özkıyım girişiminin genetik kalıtımla ya da öğrenilmiş bir davranış olarak meydana gelmiş olabileceğini akla getirmektedir şeklinde yorumlanmıştır [143]. Aynı şekilde BB depresif dönem ile başvuran hastaların 2 yıllık takibi sırasında intiharın klinik belirteçlerini belirlemek için yapılan bir çalışmada ailede intihar öyküsünün varlığı iki grup arasında anlamlı düzeyde farklı bulunmamıştır [148]. Schaffer ve arkadaşlarının hazırladığı bir meta analizde BB tanılı 7.452 kişi arasında birinci derece ailede intihar nedeniyle ölüm öyküsünün intihar girişimleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur [69]. Literatüre ailede intihar öyküsü olarak baktığımızda bizim çalışmamız ile benzer çalışmalar bulunmaktadır. Ancak beklediğimiz sonuç intihar girişim öyküsünde aile intihar öyküsünün etkili olmasıydı. Bizim sonucumuzun beklediğimizden farklı olmasının nedeni intihar girişiminde genetik etkenlerin yanı sıra başka faktörlerin de etkili olması olabilir.

Çalışmamızda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.790$). Çalışmamıza benzer şekilde Ekşioğlu ve arkadaşlarının 246 duygudurum bozukluğu tanılı hasta ile yaptıkları bir çalışmada 153 BB tanılı hastalarda gruplar arasında ailede psikiyatrik

hastalık öyküsü açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu çalışma BB ve depresyon tanılı hastalar dahil edilerek yapılmıştır. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı sadece depresyon tanılı hastalarda anlamlı bulunmuştur. Bunu da ailede psikiyatrik hastalık tanısının net ortaya konmamasının çalışmanın bir kısıtlılığı olabileceği şeklinde belirtmişlerdir [136]. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olması intihar riskini artırdığı bulunmuştur [147]. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne baktığımızda iki grup arasında anlamlı fark saptamamamız ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olmasının intihar girişim öyküsünde tek etken olmaması başka faktörlerden de etkilenmesi ve çalışmaya dahil ettiğimiz hasta sayısının da kısıtlı olması nedeniyle olabilir.

5.3. İntihar Girişimi Varlığına Göre Obsesif İnanışlar Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmamızda intihar girişimi olan ve olmayan gruplarının obsesif inanışlar ölçek puanları arasında karşılaştırma yaptık. İki grup arasında Mükemmeliyetçilik-Kesinlik, Önem verme-Kontrol etme, Sorumluluk-Tehlike beklentisi ölçek alt puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Toplam puana baktığımızda da iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.989$).

Literatür taraması yaptığımızda obsesif inanışlar depresyon, OKB, panik bozukluk gibi tanılarda çalışılmıştır.

Panik bozukluk ile yapılan bir çalışmada hasta grubunun, obsesif inanışlarının ve obsesif inanışların alt boyutu olan sorumluluk/tehlike beklentisi inanışlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Düşüncelere verilen önem/düşüncelerin kontrolü ve mükemmeliyetçilik/kesinlik inanışlarının ise hasta ve kontrol grupları arasında değişmediği bulunmuştur [149].

Major depresyon tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada, OİÖ ile değerlendirilme yapılmış ve OİÖ total ve alt ölçek puanları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada da OİÖ puan yüksekliğinin çeşitli psikiyatrik bozukluklar için ortak bir zafiyeti gösterdiği tahmin edilmektedir şeklinde ifade etmişlerdir [150].

Başka bir çalışmada da OKB ve depresyon komorbiditesi obsesif inanışların bir alt grubu olan sorumluluk-tehlike beklentisiyle ilişkili olabileceği belirtilmiştir [151].

Depresyon hastalarında obsesif inanışların intihar düşüncesi ile ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, intihar düşüncesi olan ve olmayanlar arasında toplam ve alt ölçek puanlarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu çalışmada aynı zamanda intihar girişimi açısından da değerlendirme yapılmış. Ancak bu değerlendirmede de anlamlı bir farklılık saptanmamıştır [152].

BB'de obsesif inanışlar konusunda ise Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmış bir tez çalışmasına rastladık. 100 BB-I tanılı hasta ile yapılan bu tez çalışmasında bizim çalışmamızla uyumlu bir şekilde intihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında sorumluluk/abartılmış tehdit algısı puanları, mükemmeliyetçilik-belirsizliğe tahammülsüzlük puanları, abartılmış düşüncelere önem verme-düşünceleri kontrol etme puanları ve obsesif inanışlar toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) [153].

Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında BB tanılı hastalarda intihar girişiminde obsesif inanışların bir etken olmadığı söylenebilir. Obsesif inanışların intihar girişiminde etken olabileceğine dair hipotezimizin sağlanmamasının nedeni hasta sayımızın kısıtlı olması, çalışmaya aldığımız hasta grubunun tedavi alan ve sosyal desteği mevcut olan hastalardan oluşması olabilir.

5.4. İntihar Girişimi Varlığına Göre Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmamızda intihar girişimi olan ve olmayan gruplarının puanlarını karşılaştırdık. İntihar girişimi olan hastalarda günlük etkinlik ve hobiler ile toplumsal etkinliklere katılım alt ölçek puanı, intihar girişimi olmayan hastalara göre daha yüksekti ($p=0.004$, $p=0.042$). Ancak diğer alt ölçekler puanlarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Toplam puanlara baktığımızda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($p=0.221$).

Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde 2019 yılında remisyon döneminde BB tanılı 100 hasta ile yapılan bir tez çalışmasında; intihar girişimi olan

hastalarda BBIÖ puanı intihar girişimi olmayan hastalara göre daha düşük bulunmuştur ($p=0,032$). İntihar girişimi olan hastaların BBIÖ ev içi ilişkiler alt ölçek puanı, intihar girişimi olmayan hastalara göre daha düşük bulunmuştur ($p=0,016$). İntihar girişimi olan hastaların BBI toplumsal etkinliklere katılım alt ölçek puanı, intihar girişimi olmayan hastalara göre daha düşük bulunmuştur ($p=0,018$) [130]. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde remisyon döneminde BB tanılı 75 hasta ile 2022 yılında yapılan bir çalışmada intihar girişim öyküsü olan hastaların BBIÖ puanı, intihar girişim öyküsü olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha düşük bulunmuştur ($p=0.02$) [154].

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde BB tanılı 93 hasta ile yapılan bir tez çalışmasında hastalar intihar girişim öyküsüne göre 2 gruba ayrılmış ve bu hastaların işlevsellikleri Kısa İşlevsellik Düzeyi Ölçeği (KİDÖ) ölçeği ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada hem KİDÖ toplam puanı hem de tüm alt işlevsellik alanları puanlarının özkıyım girişiminde bulunmuş grupta intihar girişiminde bulunmamış gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ve iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$) [155].

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde depresyon tanılı özkıyım girişimi öyküsü olan 16 hasta ile özkıyım girişimi öyküsü olmayan 69 hasta ile çalışma yapılmış. Bu hastalarda intihar girişim öyküsüne göre KİDÖ ile değerlendirme yapılmış. Gruplar arasında KİDÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış ($p=0.131$). Özerklik alt puanı ($p=0.009$), mesleki işlevsellik alt ölçek puanı ($p=0.037$) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmış. Bilişsel işlevsellik alt ölçek puanı, mali konular alt ölçek puanı, kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanı ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanı açısından karşılaştırılmasında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış ($p>0.05$) [156].

Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran en az 2 aydır remisyonunda olan 101 BB hastası ile geçmişte ya da mevcut durumda nörolojik ya da psikiyatrik hastalığı olmayan 50 sağlıklı bireyden oluşan kontrol grubu alınarak bir çalışma yapılmış. Hasta grupta 38 kişinin intihar girişimi mevcut olduğu bulunmuş. Hastalarda işlevselliği değerlendirmek için BBIÖ kullanılmış. İntihar girişimi öyküsü olan hasta grubunda BBIÖ puanları intihar girişimi

öyküsü olmayan gruba göre daha düşük bulunmuş. İntihar girişiminin hastalarda işlevselliği bozduğu şeklinde yorumlanmış [157].

Çalışmamızda beklenilenin tersine intihar girişimi olan hastalarda günlük etkinlik ve hobiler ile toplumsal etkinliklere katılım alt ölçek puanı, intihar girişimi olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmasının ve diğer alt ölçek puanları ile total puanlarında iki grup arasında farklılık saptanmamasının nedeni çalışmaya aldığımız hasta grubunun polikliniğimize başvuran tedavi alan ve sosyal desteği mevcut olan hastalardan oluşması olabilir.

5.5. Bipolar Bozuklukta İşlevselliğin Obsesif İnanışlar Açısından Değerlendirilmesi

Araştırmamıza katılan kişilerde OİÖ alt puanları ile BBİÖ alt puanları arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek için korelasyon analizi kullanıldı. Duygusal işlevsellik ölçeğiyle sorumluluk tehlike beklentisi ölçeği arasında negatif bir korele ($r=-0,241/p=0,027$) ilişki mevcuttu. Damgalanma hissi ölçeğiyle sorumluluk tehlike beklentisi ölçeği ($r=-0,351/p=0,001$) ve önem verme-kontrol etme ölçeği arasında orta derecede negatif bir korele ilişki mevcuttu ($r=-0,407;p<0,001$). Ev içi ilişki ölçeği ile önem verme- kontrol ölçeği arasında negatif zayıf bir korelasyon ilişkisi mevcuttu ($r=-0,247/p=0,023$). Günlük etkinlikler ve hobiler ölçeği ile mükemmeliyetçilik-kesinlik ölçeği arasında zayıf bir korele ilişki vardı ($r=0.234/p=0.032$).

İntihar girişimi olan grupta sorumluluk-tehlike beklentisi ölçek puanı ile duygusal işlevsellik ölçek puanı ($r=-0.427/p=0.004$) arasında orta düzeyde negatif korelasyon ilişkisi mevcuttu. Mükemmeliyetçilik-kesinlik alt ölçek puanı ile duygusal işlevsellik ölçek puanı ($r=-0.621/p=0.015$) arasında orta düzeyde negatif bir korelasyon ilişkisi mevcut iken, günlük etkinlikler ve hobiler ölçek puanı ($r=0.467/p=0.006$) arasında orta düzeyde pozitif bir korelasyon ilişkisi mevcuttu. Önem verme-kontrol etme ölçek puanı ile duygusal işlevsellik ($r=-0.378/p=0.030$), içe kapanıklılık ($r=-0.379/p=0.030$) ve ev içi ilişki ($r=-0,473/p=0.05$) ölçek puanı arasında orta düzeyde negatif bir korelasyon ilişkisi mevcut iken günlük etkinlikler ve hobiler ($r=0.345/p=0.049$) ölçek puanı arasında orta düzeyde pozitif bir korelasyon ilişkisi mevcuttu.

İntihar girişimi olmayan grupta ise sorumluluk-tehlike beklentisi ölçek puanı ile damgalanma hissi ölçek puanı arasında ($r=-0.395/p=0.004$) orta derece negatif bir korelasyon ilişkisi mevcuttu. Önem verme-kontrol etme ölçek puanı ile damgalanma hissi ölçek puanı ($r=-0.489/p<0.001$) arasında orta düzeyde negatif bir korelasyon ilişkisi mevcuttu.

Grupların toplam BBİÖ ile toplam OİÖ puanları arasında yapılan korelasyon analizinde, intihar girişimi olanlarda olmayanlarda ve toplamda da istatistiksel olarak herhangi bir korelasyon ilişkisi saptanmamıştır.

Barahmand ve arkadaşlarının 61 OKB tanılı hasta ile yaptığı bir çalışmada obsesif inanışların yaşam kalitesi ile ilişkisi değerlendirilmiş. Bu çalışmada hastaların işlevsellikleri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmiş. OKB hastalarında obsesif inançların puanlarının, tüm alanlardaki DSÖ yaşam kalitesi puanları ile negatif ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuş. Obsesif inançların olumsuz duygu durumları yaratarak OKB'de kötü DSÖ yaşam kalitesi puanına katkıda bulunması muhtemel olduğu şeklinde yorumlanmıştır [158].

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde 100 BB-I tanılı hasta ile yapılan BB'de obsesif inanışların değerlendirildiği çalışmada hasta grubunda işlevselliğin değerlendirilmesinde kullanılan KİDÖ puanları ve OİÖ toplam puanı ve düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme ve abartılmış sorumluluk algısı/abartılmış tehlike algısı puanları arasında ise koorelasyon saptandığı belirtilmiştir. KİDÖ bağımlı değişkeni üzerine abartılmış sorumluluk/abartılmış tehlike algısı, düşüncelere önem verme/düşüncelerin kontrolü, mükemmeliyetçilik/kesinlik ve OİÖ toplam puanlarının etkisi her bir bağımsız değişken için ayrı ayrı tekli regresyon analizi ile değerlendirilmiş ve düşüncelere önem verme/düşüncelerin kontrolü puanı ile anlamlılık tespit edildiği belirtilmiştir [153]. Bu çalışma literatürde BB'de obsesif inanışlar ile ilgili yapılan tek çalışmadır ve bu çalışmada intihar girişim öyküsüne göre obsesif inanışlar değerlendirmiştir ancak obsesif inanışların işlevselliğe etkisi değerlendirilmemiştir. Ayrıca bu çalışmada BB'de işlevsellik değerlendirilirken çalışmamızdan farklı olarak KİDÖ kullanılmıştır. BB'de intihar girişim öyküsüne göre obsesif inanışların işlevselliğe etkisini değerlendiren çalışma literatürde bulunmamaktadır. Çalışmamızda tüm hasta

grubundaki total puanlara bakıldığında bu çalışmadan farklı sonuçlar alsak da alt ölçek puanlarına baktığımızda benzer sonuçlar elde ettik.

Literatürde obsesif inanışların OKB’de, BB’de işlevselliği etkilediğini gösteren sonuçlar düşünüldüğünde intihar girişim öyküsü olan hastalarda da işlevselliği etkileyebileceğini düşündük. Ancak çalışmamızda obsesif inanışların belirli alanlarda hem intihar girişimi öyküsü olan grupta hem de intihar girişim öyküsü olmayan grupta işlevselliği etkilediği sonucuna ulaştık. Bu sonuçlara baktığımızda obsesif inanışlar BB tanılı hastalarda bilişsel süreçleri etkileyip olumsuz duygudurum oluşturarak hastaların işlevselliğini etkiliyor olabilmektedir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında

1. BB-I tanısı konulmuş intihar girişim öyküsü olan ve intihar girişim öyküsü olmayan hastaların benzer sosyodemografik özelliklere sahip olduğu
2. İntihar girişimi öyküsü olan hastaların hastalıklarının daha erken başladığı ve hastalık sürelerinin daha uzun olduğu
3. Grupların özgeçmişlerine baktığımızda intihar girişim öyküsü olan grubun daha fazla mevsimsellik özelliği gösterdiği, depresif dönem ve psikotik özellik depresif dönem sayıların daha fazla olduğu, diğer özelliklerin ise benzer olduğu
4. İki grubun BBIÖ'nin toplumsal etkinliklere katılım ile günlük etkinlikler ve hobiler alt ölçekleri dışında işlevselliklerinin benzer olduğu
5. BB-I tanılı hastalarda intihar girişiminde obsesif inanışların bir etken olmadığı
6. BB-I tanılı tüm hasta grubunda ve hem intihar girişim öyküsü olan hem de intihar girişim öyküsü olmayan hastalarda obsesif inanışların işlevselliğin belirli alanlarında etkisi olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına baktığımızda hastalığın erken yaşta başlaması, hastalık süresinin uzun olması, hastalık dönemlerinin mevsimsel özellik göstermesi, depresif dönemlerin baskın olması ve psikotik özellikte olması intihar girişimi riskini artıran özelliklerdendir. Obsesif inanışlar ile intihar girişimi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, intihar girişimi olan ve olmayan grupta işlevselliklerin benzer olduğu ve bazı obsesif inanışlarla işlevselliğin belirli alanlarında anlamlı korelasyonların mevcut olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuç obsesif inanışları azaltmaya yönelik müdahalelerin, hastaların işlevselliğini belirli alanlarda artırabileceğini düşündürmektedir.

Obsesif inanışlar ile intihar girişimi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, intihar girişimi olan ve olmayan grupta işlevselliklerin benzer olduğu ve bazı obsesif inanışlarla işlevselliğin belirli alanlarında anlamlı korelasyonların mevcut olduğu sonucuna varıldı.

Çalışmamız BB tanılı hastaları intihar girişim öyküsüne göre ayırarak obsesif inanışların işlevselliğe etkisini değerlendiren ilk çalışmadır.

Çalışmamızın kesitsel nitelikte bir çalışma olması kısıtlılık oluşturmaktadır. Bu nedenle BB tanılı hastalarda geniş örneklem grubu üzerinde de çalışma yapılması gerekmektedir. Aynı zamanda çalışmaya sadece remisyon döneminde olan hastalar alınmış olup, remisyon dönemleri dışında da obsesif inanışların araştırılması daha aydınlatıcı olabilir. Boylamsal olarak aynı hasta grubu farklı atak dönemlerinde de değerlendirilerek karşılaştırma yapılabilir. Çalışmaya alınan hastalar çeşitli ilaçlar kullanmaktadır. Bu açıdan değerlendirme yapılmamıştır. Remisyon döneminde olup ilaç kullanmayan hastalar gibi tedavi etkisinin dışlandığı hasta grubunda çalışmalar yapılabilir.



7. KAYNAKLAR

1. Sadock, B.J. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 2022.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği. AP. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı (DSM-5). Ankara: Hekimler Yayın Birliği,; 2014.
3. Angst J, Sellaro R (2000) Historical Perspectives and Natural History of Bipolar Disorder. Biol Psychiatry, 48(6): 445-457
4. Tohen M, Waternaux CM, Tsuang MT (1990) Outcome in Mania. Arch Gen Psychiatry 47:1106-1111
5. Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ ve ark. (2002) Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. J Clin Psychiatry, 63(2): 120-5
6. Oral T. İki uçlu bozukluk. WPA Serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002: 441-503.
7. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. The Lancet. 2016;387(10027):1561-72.
8. Huber RS, Coon H, Kim N, Renshaw PF, Kondo DG. Altitude is a risk factor for completed suicide in bipolar disorder. Med Hypotheses 2014; 82:377–381.
9. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry 2007;64:543–552.
10. Gültekin BK, Kesebir S, Tamam L. Türkiye’de Bipolar Bozukluk. Curr Approaches Psychiatry 2014;6:199–209.
11. McIntyre R, Berk M, Brietzke E, Goldstein BI, López-Jaramillo C, Kessing LV, Malhi GS, Nierenberg AA, Rosenblat JD, Majeed A, Vieta E, Vinberg M, Young AH, Mansur RB. Bipolar disorders. Lancet 2020;396:1841–1856.
12. Chen YW, Dilsaver SC. Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. Psychiatry Research. 1995;59(1-2):57-64.
13. Amerio A, Odone A, Liapis C, Ghaemi SN. Diagnostic validity of comorbid bipolar disorder and obsessive–compulsive disorder: A systematic review. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2014;129(5):343-58.

14. Amerio A, Maina G, Ghaemi NS. Updates in treating comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *J Affect Disord* 2019;1;256:433–440.
15. Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N. Are “obsessive” beliefs specific to OCD A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44: 469–80.
16. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016.
17. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression. New York: Oxford University; 1990.
18. Hendrick V, Altshuler LL, Gitlin MJ, Hammen C. Gender and bipolar illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2000;61(5):7623.
19. Bilici M. Bipolar Türkiye Çalışması Araştırma Grubu. Ülkemizde bipolar bozukluğu olan hastalarda tedavi yaklaşımlarının ve hasta özelliklerinin değerlendirilmesi. 14 Bahar Sempozyumu, 2010.
20. Krüger S, Trevor Young L, Bräunig P. Pharmacotherapy of bipolar mixed states. *Bipolar Disorders*. 2005;7(3):205-15.
21. Kesebir S, Sayakci S, Suner O. Geç başlangıçlı olan ve olmayan iki uçlu bozukluk hastalarının karşılaştırılması. 2012.
22. Bauer M, Glenn T, Rasgon N, Marsh W, Sagduyu K, Munoz R, ve ark. Association between age of onset and mood in bipolar disorder: comparison of subgroups identified by cluster analysis and clinical observation. *Journal of Psychiatric Research*. 2010;44(16):1170-5.
23. Shulman KI, Herrmann N. The nature and management of mania in old age. *Psychiatric Clinics of North America*. 1999;22(3):649-65.
24. Azorin JM, Akiskal H, Hantouche E. The mood-instability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood-incongruent psychotic distinction in mania: validation in a French National Study of 1090 patients. *Journal of Affective Disorders*. 2006;96(3):215-23.
25. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z. Bipolar bozuklukta mizaç ile klinik özelliklerin ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2005;16(3):164-9.

26. Yüncü Z, Kesebır S, Akdenız F, Vahıp S. Anticipation in bipolar disorder: A comparison between two generations. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2008;19(4).
27. Rothschild AJ. Challenges in the treatment of depression with psychotic features. *Biological Psychiatry*. 2003;53(8):680-90.
28. Coryell W SD, Turvey C ve ark. . Hızlı döngülü bipolar bozukluğun uzun vadeli seyri. *Arch Gen Psikiyatrisi*. 2003;60:914-20.
29. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, ve ark. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*. 1990;264(19):2511-8.
30. Feinman JA, Dunner DL. The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*. 1996;37(1):43-9.
31. Goodwin R, Jacobi F, Bittner A, Wittchen H. Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. Çev: Oral T Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı. İstanbul: Sigma Publishing; 2007.
32. Barry JJ. The recognition and management of mood disorders as a comorbidity of epilepsy. *Epilepsia*. 2003;44:30-40.
33. Slater E, Cowie V. *The Genetics of Mental Disorders*. Oxford University Press, London. 2017
34. Roecklein KA, Rohan KJ, Postolache TT. Is seasonal affective disorder a bipolar variant? *Curr Psychiatr*. 2010 Feb;9(2):42-54.
35. Hirschfeld RMA, Bowden CL, Gitlin MJ. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(Suppl):1-35.
36. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. *The Lancet*. 2013;381(9878):1654-62.
37. Kieseppä T, Partonen T, Haukka J, Kaprio J, Lönqvist J. High concordance of bipolar I disorder in a nationwide sample of twins. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(10):1814-21.
38. Işık E. UT. Bipolar bozukluklar, tedavi yaklaşımları, duygudurum düzenleyici ilaçlar: Güncel temel ve klinik psikofarmakoloji. Ankara: Golden Medya; 2009
39. Saddock BJ, Saddock VA, Ruiz P. Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Bozkurt A (Çeviri Ed.) 11. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 2014, 347-380.

40. Abdolmaleky HM, Cheng KH, Faraone SV, Wilcox M, Glatt SJ, Gao F, ve ark. Hypomethylation of MB-COMT promoter is a major risk factor for schizophrenia and bipolar disorder. *Human Molecular Genetics*. 2006;15(21):3132-45.
41. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, 1. Baskı. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003.
42. Sobczak S, Honig A, Riedel W. Acute tryptophan depletion in bipolar disorders; literature review and directives for further research. *Acta neuropsychiatrica* 2000; 12(3):69-72.
43. Grunze A, Meisenzahl E, Grunze H. Neuroimaging of bipolar disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2013 ;81 (Suppl 1):17-21.
44. Miklowitz, D.J. and M.J. Gitlin, *Clinician's Guide to Bipolar Disorder: Integrating Pharmacology and Psychotherapy*. 2014: Guilford Publications.
45. Angst, J. The course of affective disorders. *Psychopathology* 1986; 19(2):47-52.
46. Henry C, Van den Bulke D, Bellivier F, Etain B, Rouillon F, Leboyer M. Anxiety disorders in 318 bipolar patients: prevalence and impact on illness severity and response to mood stabilizer. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003;64(3):331-5.
47. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Textbook of psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 2009.
48. Stevens LR, I. Rodin *Epidemiology and aetiology of mood disorders, in Psychiatry Second Edition An Illustrated Colour Text*. 2011.
49. Schürhoff F, Bellivier F, Jouvent R, Mouren-Siméoni MC, Bouvard M, Allilaire JF, ve ark. Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic-depressive illness? *Journal of Affective Disorders*. 2000;58(3):215-21.
50. Yildiz A, Sachs GS. Age onset of psychotic versus non-psychotic bipolar illness in men and in women. *Journal of Affective Disorders*. 2003;74(2):197-201.
51. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR, ve ark. Predictors of recurrence in bipolar disorder: Primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(2):217-24.
52. Işık E, Işık U. *Bipolar Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar: Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. 1. Baskı, Rotatıp kitabevi, Ankara, 2013, 325-530.

53. Doğan O. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi: Psikiyatrik Epidemiyoloji. Esform Ofset, Sivas, 2011, 253-266.
54. Asher B. Simon ASN, Goodman WK.. Adult Disorders, Bipolar Disorders, in Mount Sinai Expert Guides Psychiatry. John Wiley & Sons, Ltd; 2017.
55. Ceylan ME OE. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Duygudurum Bozuklukları. İstanbul: CSA Medikal Yayın; 2001:1-71.
56. 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.
57. Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabarés-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos J. Functioning and disability in bipolar disorder: An extensive review. Psychotherapy and Psychosomatics. 2009;78(5):285-97.
58. Group W. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine. 1995;41(10):1403-9.
59. Vieta E, Torrent C. Functional remediation: the pathway from remission to recovery in bipolar disorder. World Psychiatry. 2016;15(3):288.
60. Marwaha S, Durrani A, Singh S. Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2013;128(3):179-93.
61. Träger C, Decker L, Wæhrens EE, Knorr U, Miskowiak K, Vinberg M. Influences of patient informed cognitive complaints on activities of daily living in patients with bipolar disorder. An exploratory cross-sectional study. Psychiatry Research. 2017;249:268-74.
62. Grande I, Goikolea J, De Dios C, González-Pinto A, Montes J, Saiz-Ruiz J ve ark. Occupational disability in bipolar disorder: analysis of predictors of being on severe disablement benefit (PREBIS study data). Acta Psychiatrica Scandinavica. 2013;127(5):403-11.
63. Suppes T, Leverich GS, Keck Jr PE, Nolen WA, Denicoff KD, Altshuler LL ve ark. The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network: II. demographics and illness characteristics of the first 261 patients. Journal of Affective Disorders. 2001;67(1-3):45-59.

64. Morselli PL, Elgie R, Cesana BM. GAMIAN-Europe/BEAM survey-II: cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. *Bipolar Disord* 2004; 6(6): 487-97.
65. Schoeyen HK, Melle I, Sundet K, Aminoff SR, Hellvin T, Auestad BH ve ark. Occupational outcome in bipolar disorder is not predicted by premorbid functioning and intelligence. *Bipolar Disorders*. 2013;15(3):294-305.
66. Martinez-Aran A, Vieta E, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Goikolea J, Salamero M, et al. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disorders*. 2007;9(1-2):103-13.
67. Solé B, Jiménez E, Torrent C, del Mar Bonnin C, Torres I, Reinares M, et al. Cognitive variability in bipolar II disorder: Who is cognitively impaired and who is preserved. *Bipolar Disorders*. 2016;18(3):288-99.
68. Miller J, Black, DW. Bipolar Bozukluk ve İntihar: Bir İnceleme. *Curr Psikiyatri Temsilcisi*. 2020;22(6).
69. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, H Moreno D, Turecki G, Reis C, et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2015;17(1):1-16.
70. Vieta, E. and T. Suppes, Bipolar II disorder: arguments for and against a distinct diagnostic entity. *Bipolar disorders*, 2008. 10(1p2): p. 163-178.
71. Maria A, Quendo MD, Christine W., B. Brodsky, B. Parsons, Gretchen L, Kevin M J. Suicidal behavior in bipolar mood disorder; clinical Characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord*, 2000; 59: 107-117.
72. Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2:206-236.
73. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 4. Baskı, Ankara, 2014
74. Yüksel N. intiharın Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2001;4(2):5-15.
75. Dome P, Rihmer Z, Gonda X. Suicide risk in bipolar disorder: A brief review. *Medicina*. 2019;55(8):403.
76. Moreira, A.L.R., Van Meter, A., Genzlinger, J., Youngstrom, E.A. (2017) Review and meta- analysis of epidemiologic studies of adult bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 78(9):e1259–69.

77. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, Maser J, Coryell W, Solomon D, Endicott J, Keller M. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2003 Jun;6(2):127-37.
78. Konstantakopoulos G, Ioannidi N, Typaldou M, Sakkas D, Oulis P. Clinical and cognitive factors affecting psychosocial functioning in remitted patients with bipolar disorder. *Psychiatrike= Psychiatriki*. 2016;27(3):182-91.
79. MacQueen GM, Young LT, Joffe RT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001;103(3):163-70.
80. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2002;59(6):530-7.
81. Bearden CE, Shih VH, Green MF, Gitlin M, Sokolski KN, Levander E, Marusak S, Hammen C, Sugar CA, Altshuler LL. The impact of neurocognitive impairment on occupational recovery of clinically stable patients with bipolar disorder: A prospective study. *Bipolar Disord*. 2011;13(4):323-33.
82. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(2):163-71.
83. Kessler R. Comorbidity of unipolar and bipolar depression with other psychiatric disorders in a general population survey. *Comorbidity in Affective Disorders*. 1999.
84. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck Jr PE, Frye MA, Denicoff KD ve ark. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(3):420-6.
85. Tamam L, Ozpoyraz N. Comorbidity of anxiety disorder among patients with bipolar I disorder in remission. *Psychopathology*. 2002;35(4):203-9.
86. Dilbaz N, Akvardar Y, Berkman K, Oral G, Uluğ B, Uzbay T ve ark. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, BÖLÜM 4: Alkol Kullanım Bozukluğu. 2012

87. Karamustafalıoğlu N, Tomruk NB, Alpay N. İki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları/Gender differences in bipolar disorder and treatment implications. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2004;5(1):28.
88. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 2007;64(5):543-52.
89. Koyuncu A, Tükel R, Özyıldırım İ, Meteris H, Yazıcı O. Impact of obsessive-compulsive disorder comorbidity on the sociodemographic and clinical features of patients with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2010;51(3):293-7.
90. Tükel R, Oflaz SB, Özyıldırım İ, Aslantaş B, Ertekin E, Sözen A, ve ark. Comparison of clinical characteristics in episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*. 2007;24(4):251-5.
91. Ravizza L, Maina G, Bogetto F. Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*. 1997;6(4):154-8.
92. Saunders EF, Fitzgerald KD, Zhang P, McInnis MG. Clinical features of bipolar disorder comorbid with anxiety disorders differ between men and women. *Depress Anxiety* 2012; 29: 739-746.
93. Sadock, B.J., Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 2007.
94. Stahl, S.M., Prescriber's Guide. Cambridge University Press; 2017.
95. Geddes JR, Miklowitz DJ. Treatment of bipolar disorder. *The Lancet*. 2013;381(9878):1672-82.
96. Yazıcı O. Bipolar-1 ve Bipolar-2 Bozuklukları, Psikiyatri Temel Kitabı. Köroğlu E, Güleç C (editörler). 2. baskı. Ankara: HYB; 2007. 274-6.
97. Gitlin, M. and M.A. Frye, Maintenance therapies in bipolar disorders. *Bipolar disorders*, 2012. 14: p. 51-65.
98. Yatham LN, Goldstein JM, Vieta E ve ark. Atypical antipsychotics for bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2005;28:325-47.
99. Tomruk NB. Elektrokonvulzif Tedavi Uygulama El Kitabı. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2007.

100. Yatham, L.N., et al., Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 2018. 20(2): p. 97-170.
101. Kazhungil F, Mohandas E. Management of obsessive-compulsive disorder comorbid with bipolar disorder. *Indian Journal of Psychiatry*. 2016;58(3):259.
102. Issler CK, Sant'anna MK, Kapczinski F, Lafer B. Anxiety disorders comorbidity in bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26:31-36.
103. Keck PE, Strawn JR, McElroy SL. Pharmacologic treatment considerations in co-occurring bipolar and anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:8-15.
104. Lykouras L, Alevizos B, Michalopoulou P, Rabavilas A. Obsessive compulsive symptoms induced by atypical antipsychotics. a review of the reported cases. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2003; 27:333-346.
105. Karataş KS, Güler J, Hariri A. Bipolar disorder and obsessive compulsive disorder comorbidity: three case reports. *Journal of Mood Disorders*. 2013;3(1):33-6.
106. Cazard F, Ferreri F. Bipolar disorders and comorbid anxiety: prognostic impact and therapeutic challenges. *Encephale* 2013; 39:66-74.
107. Uguz F. Successful treatment of comorbid obsessive-compulsive disorder with aripiprazole in three patients with bipolar disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32:556-558.
108. Group OCCW. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 1997;35(7):667-81.
109. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 1985;23(5):571-83.
110. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*. 1989;27(6):677-82.
111. Salkovskis PM, Wroe A, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C, ve ark. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000;38(4):347-72.

112. Sookman D, Pinard G. Overestimation of threat and intolerance of uncertainty in obsessive compulsive disorder. Cognitive approaches to obsessions and compulsions. Elsevier. 2002;63-89.
113. Gentes EL, Ruscio AM. A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. Clinical Psychology Review. 2011;31(6):923-33.
114. Flamarique I, Plana MT, Castro-Fornieles J, Borràs R, Moreno E, Lázaro L. Comparison of perfectionism dimensions in adolescents with anorexia nervosa or obsessive-compulsive disorder. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2019;28(2):45.
115. Group OCCW. Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. Behaviour Research and Therapy. 2001;39(8):987-1006.
116. Group OCCW. Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. Behaviour Research and Therapy. 2003;41(8):863-78.
117. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatr. 1960;23:56-62.
118. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996;4(4):251-9.
119. Young R, Biggs J, Ziegler V, Meyer D. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. The British Journal of Psychiatry. 1978;133(5):429-35.
120. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001; 13(2):107-14.
121. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. validity. Archives of General Psychiatry. 1989;46(11):1012-16.

122. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA ve ark. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Development, use and reliability. Archives of General Psychiatry. 1989;46:1006-11.
123. Karamustafalıoğlu OK, Ucışık AM, Ulusoy M, Erkmén H. Yale-Brown Obsesyon-Kompülsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, Bursa Savaş Ofset, 1993.
124. Boysan M, Beşiroğlu L, Çetinkaya N, Atlı A, Aydın A. Obsesif İnanışlar Ölçeği-44'ün (OIÖ-44) Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. Nöropsikiyatri Arşivi. 2010;47:216-22.
125. Aydemir Ö, Eren İ, Savaş H ve ark. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin Geliştirilmesi, güvenirlik ve geçerliliği. Türk Psikiyatri Derg. 2007;18:344-52.
126. Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N, ve ark. Türkiye'de bipolar I bozukluğu hastalarının, sosyodemografik ve klinik özellikleri-HOME çalışması. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2012;22(1):31-42.
127. Ugur K, Tamam L, Özpoyraz N, Demirkol M. Assessment of suicidal behavior in bipolar disorder. Cukurova Medical Journal. 2019;44(2):659-668.
128. Yeloğlu Ç. H. , Hocaoglu Ç. , Bahçeci B. Bipolar Bozukluk Tanısı ile İzlenen Hastalarda İşlevsellik ve Kişilik Özelliklerinin Koruyucu Tedavi Üzerine Olan Etkisinin İncelenmesi. Genel Tıp Dergisi. 2021; 31(3): 189-195.
129. Genç ES. Bipolar Bozuklukta İntihar Girişimi Olan, İntihar Düşüncesi Olan Ve Olmayan Bireylerin Sosyodemografik Ve Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması. 2017.
130. Yiğit G. DK Bipolar 1 Bozukluk Tanısı Olan Hastalarda İntihar Girişiminin İşlevsellik ve İçgörü ile İlişkisi 2019.
131. Morgan VA, Mitchell PB, Jablensky AV. The epidemiology of bipolar isorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. Bipolar Disord 2005;7(4):326-37.

132. Levine J, Chengappa KN, Brar JS, Kupfer DJ. Illness characteristics and their association with prescription patterns for bipolar I disorder. *Bipolar Disord* 2001; 3(1): 41-9.
133. Mantere O, Suominen K, Leppämäki S, Valtonen A, Arvilommi P, Isometsä E. The clinical characteristics of DSM-IV bipolar I and II disorders: baseline findings from the Jorvi Bipolar Study (JoBS). *Bipolar Disord* 2004; 6(5): 395-405.
134. Güneş M. İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk 1 tanılı hastaların, kronobiyoloji, dürtüsellik ve klinik değişkenler açısından karşılaştırılması 2020.
135. Dong M, Lu L, Zhang L, Zhang Q, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2020;29:e63
136. Ekşioğlu S, Güleç H, Şimşek G, Semiz ÜB. intihar girişimi bulunan duygudurum bozukluğu tanılı hastalarda mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatri Derg*. 2015;26:99-106.
137. Lee J-I, Lee M-B, Liao S-C, Chang C-M, Sung S-C, Chiang H-C, et al. Prevalence of suicidal ideation and associated risk factors in the general population. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2010;109(2):138-47.
138. Azorin J-M, Kaladjian A, Adida M, Hantouche E, Hameg A, Lancrénéon S, et al. Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: findings from a French National Cohort. *Comprehensive psychiatry*. 2009;50(2):115-20.
139. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of affective disorders*. 2007;101(1-3):27-34.
140. Sher L, Oquendo MA, Mann JJ. Risk of suicide in mood disorders. *Clinical neuroscience Research* 1 (2001) 337-344.
141. Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J. (Son yaşam olayları, Sosyal destek ve intihar. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994;89(s377):65–72.
142. Arslan Çelik M. İntihar girişimi nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların klinik tanı ve intihar davranış özelliklerine göre karşılaştırılması 2018.
143. Yüçetürk B. Klinikte izlenen bipolar bozukluk tanılı hastalarda özkıyım düşüncelerinin ve girişimlerinin yaygınlığı ve risk faktörleri ile ilişkisi. 2012.

144. Berkol TD, Seren Kırlioğlu S, Balcioglu YH, Üstün N, Islam S, Özyıldırım I. Comparison of sociodemographic and clinical characteristics of bipolar patients with and without seasonal patterns. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2017;18(6).
145. McIntyre RS, Muzina DJ, Kemp DE, Blank D, Woldeyohannes HO, Lofchy J, et al. Bipolar disorder and suicide: research synthesis and clinical translation. *Current psychiatry reports*. 2008;10(1):66-72
146. Buoli M, Cesana BM, Bolognesi S, Fagiolini A, Albert U, Di Salvo G ve ark. Factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar disorder: Results from an Italian nationwide study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2021:1-12.
147. Eroğlu M, Karakuş G, Tamam L. Bipolar bozukluk ve özkıyım. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013;26(2):139-47.
148. Galfalvy H, Oquendo MA, Carballo JJ, Sher L, Grunebaum MF, Burke A ve ark. Clinical predictors of suicidal acts after major depression in bipolar disorder: A prospective study. *Bipolar Disorders*. 2006;8(5), 586–95.
149. Kır G. Panik bozukluğu hastalarında obsesif inanışlar ve üst bilişlerin incelenmesi. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*; 2020.
150. Bahceci B, Bagcioglu E, Çelik FH, Polat S, Koroglu A, Kandemir G ve ark. The role of obsessive beliefs in patients with major depressive disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2014;18(1):37-40.
151. Sözer B. OKB ve depresyon komorbiditesinde obsesif inanışların rolü 2017.
152. Puşuroğlu M. Depresyon hastalarında obsesif inanışların, intihar düşüncesi ve biyolojik ritimle ilişkisi 2016
153. Dönmezler F. Bipolar Bozuklukta Obsesif İnanışlar 2017.
154. Sümer Çetinkaya E. Bipolar bozukluk hastalarında remisyon dönemlerindeki kalıntı belirtilerin işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin değerlendirilmesi 2022.
155. Akkoyun AZ. Özkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış iki uçlu bozukluk hastalarının intihar düşüncesi, kaygı, umutsuzluk ve işlevsellik düzeyleri açısından karşılaştırılması 2016.

156. Kale H. Özkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış olan major depresif bozukluk tanılı hastaların intihar düşüncesi, kaygı, umutsuzluk ve işlevsellik düzeyleri açılarından karşılaştırılması 2018.
157. İzci F, Zincir SB, Bilici R, Yalçın M, Terzi A, Göncü T ve ark.. Temperament-character features, levels of impulsiveness and functionality in bipolar disorder patients with and without suicide attempts: A controlled study. *Journal of Mood Disorders*. 2015;5(1).
158. Barahmand U, Tavakolian E, Alaei S. Association of metacognitive beliefs, obsessive beliefs and symptom severity with quality of life in obsessive-compulsive patients. *Arch Psychiatr Nurs*. 2014;28(5):345-51.

7. EKLER

Ek-1. Klinik Araştırmalar İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Hastalığınız olan bipolar bozuklukta obsesif inanışların işlevselliğinize etkisinin incelenmesini amaçlamaktayız. Araştırmanın ismi “İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan remisyonda bipolar bozukluk tanılı hastalarda obsesif inanışların işlevselliğe etkisi” dir. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni mevcut psikiyatrik hastalığınızdır. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda takip ve tedavi edilen bipolar bozuklukta obsesif inanışların işlevselliğinize etkisinin inceleyen bir araştırma gerçekleştirilecektir.

Bu çalışmayı yapabilmek için hastalığınız ile ilgili bazı testler (sorular sorularak) tarafımızca uygulanacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır..

Yapılacak leklerin getirebileceği olası riskler: Yapılacak testin getirebileceği herhangi bir risk yoktur.

Yapılacak leklerin getireceği olası yararlar: Yapılacak lekler neticesinde işlevselliğin değerlendirilmesinde obsesif inanışların değerlendirilmesinin etkinliğine dair ön bilgi oluşturmaadır

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz ve çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

İstediğiniz anda çalışmadan çıkabilirsiniz, istemediğiniz takdirde size ait veriler sizin izniniz olmadan bilimsel amaçlı dahi kullanılmayacaktır.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Dr. Seda Okur Göl tarafından Dicle Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (gönüllü) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim)* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

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

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Seda Okur Göl 05... no’lu cep veya 0(412).. no’lu iş telefonlarından ve Dicle Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D’daki adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (gönüllü) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İstediğim anda çalışmadan çıkabilirim, istemediğim takdirde bana ait veriler benim iznim olmadan bilimsel amaçlı dahi kullanılmayacaktır.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı: Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:



Ek-2. Sosyodemografik Veri Formu

Tarih:

Ad Soyad baş harfleri:

Çalışma No:

1. Cinsiyeti: (1) Erkek (2) Kadın

2. Yaşı

3. Doğum Tarihi:/.../.....

4. Eğitim durumu: (1) okuryazar değil (2) okuryazar (3) ilkokul (4) ortaokul (5) lise (6) yüksekokul

5. Eğitim süresi (yıl)

6. Medeni durumu: (1) bekar (2) evli (3) dul (4) boşanmış/ayrı

6. İş: (1) işsiz (2) ev hanımı (3) memur/işçi (4) ticaret (5) emekli (6) öğrenci

7. Tanı: (1) Bipolar I bozukluk (2) Bipolar II Bozukluk

8. Alkol/madde sorunu var mı?: evet hayır

Evet ise:.....

10. Sigara kullanıyor mu? ☐ hayır ☐ evet

Evet ise süre/miktar:

11. Aile desteği var mı?: (1)Yok (2)Yeterli (3)Yetersiz

12. Bakım veren: (1)Anne (2) Baba (3)Eş (4) Kardeş (5)Çocuk (6)Diğer

13. Diğer psikiyatrik tanımlar Evet ise:.....

14. Bilinen başka bir hastalık var mı: hayır evet

15. Hastalık süresi/yıl

16. Hastalığın başlama yılı

17. Tedavisiz geçen yıl

18. Hastaneye yatış sayısı

19. Hastane son yatış tarihi

20. İlk epizod türü: (1) depresif (2) manik (3) hipomanik

21. .Epizod sayısı: Mani: Depresyon: Hipomani:
22. Son geçirdiği epizod (1) depresif (2) manik (3) hipomanik
23. Mevsimsellik var mı? ☒ hayır ☐ evet
24. Hızlı döngülülük var mı: hayır evet
25. Öyküde hızlı döngülülük var mı? ☒ hayır ☐ evet
26. Psikotik mani var mı?: ☒ hayır ☐ evet
27. Psikotik depresyon var mı? Evet hayır
28. Postpartum başlangıcı var mı? Evet hayır
29. Kullandığı ilaçlar (son 3 ay)
30. İntihar öyküsü var mı?
31. Varsa şekli belirtiniz:
32. Antipsikotik ilaçlara bağlı yan etki: (1)Var (2)Yok (3)Emin değil
33. Antipsikotik ilaçlara bağlı yan etki varsa bildiriniz:
34. Düzenli psikiyatrik kontrole gitme: (1)Var (2)Yok
35. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü: (1)Var (2)Yok (3)Bilinmiyor
36. Varsa yakınlık derecesi ve hastalığın adı:
37. Ailede intihar öyküsü: (1)Var (2)Yok (3) Bilinmiyor

Ek-3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği

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. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HMDÖ)

1. Depresif ruh hali (Keder, umutsuzluk, değersizlik, çaresizlik)	0. Yok 1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor. 2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor. 3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor. 4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.
2. Suçluluk duyguları	0. Yok 1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor. 2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor. 3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hazeyanlar. 4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.
3. İntihar	0. Yok 1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor. 2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor. 3. İntihar düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor. 4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir).
4. Uykuya dalamamak	0. Herhangi bir sorunu yok. 1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikâyetçi. 2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikâyet ediyor.
5. Geceyarısı uyanmak	0. Herhangi bir sorunu yok. 1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi. 2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın).
6. Sabah erken uyanmak	Herhangi bir sorunu yok. 1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor. 2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.
7. Çalışma ve aktiviteler	0. Herhangi bir sorunu yok. 1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor. 2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor). 3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir. 4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
8. Retardasyon (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.

9. Ajitasyon	0.Yok. 1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor. 2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
10. Psikik anksiyete	0. Herhangi bir sorun yok. 1. Sübjektif gerilim ve irritabilite. 2. Küçük şeylere üzülüyor. 3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor. 4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
11. Somatik anksiyete	0.Yok. <u>Anksiyete ve eşlik eden fizyolojik sorunlar:</u> 1. Hafif <u>Gastrointestinal</u> : Ağz kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme 2. İlimli 3. Şiddetli <u>Kardiyovasküler</u> : <u>Palpitasyon</u> , baş ağrısı 4. Çok şiddetli <u>Solunumla ilgili</u> : <u>Hiperventilasyon</u> , iç çekme Sık idrara çıkma Terleme
12. Somatik semptomlar <u>Gastrointestinal</u>	0. Yok. 1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor. 2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. <u>Barsakları</u> ya da <u>gastrointestinal semptomları</u> için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
13. Somatik semptomlar <u>Genel</u>	0. Yok. 1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrısı, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma. 2. Herhangi bir kesin <u>şikayet</u> 2 puanla değerlendirilir.
14. Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)	0. Yok. 1. Hafif. 2. Şiddetli. 3. Anlaşılamadı.
15. Hipokondriyaklık	0. Yok. 1. Kuruntulu 2. Aklını sağlık konularına takmış durumda. 3. Sık sık <u>şikayet</u> ediyor, yardım istiyor. 4. <u>Hipokondriyaklık delüzyonları</u> .
16. Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)	A. Tedavi öncesinde (<u>anamnez bulguları</u>) 0. Kilo kaybı yok. 1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama. 2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı. B. Psikiyatrisi tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde 0. Haftada 0.5 kg dan daha az zayıflama. 1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
17. Durumu hakkında görüşü	0. Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde. 1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor. 2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Ek-5. Yale–Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği(Y-BOCS)

Hastanın Adı, Soyadı:		Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:	

		Puan
1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN	(0-4)	
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEŚİ	(0-4)	
6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE	(0-4)	
7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEŚİ	(0-4)	
11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ AÇISI	(0-4)	
12. KAÇINMA	(0-4)	
13. KARARSIZLIĞIN DERECEŚİ	(0-4)	
14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA	(0-4)	
15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
16. PATALOJİK KUŞKU	(0-4)	
17. GENEL ŞİDDET	(0-6)	
18. GENEL DÜZELME	(0-6)	
19. GÜVENİLİRLİK	(0-3)	
TOPLAM PUAN		

Ek-6. Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği

DUYGUSAL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
1	Çevrenizde gelişen olaylara yönelik uygun duygusal tepkiler gösterebiliyor musunuz? (ağlanacak şeylere ağlıyor, gülmeyeceklere gülebiliyor musunuz?)			
2	Çevrenizdekiler duygularınızın küntleştığını söylüyorlar mı?			
3	Arkadaş ortamında duygusal katılımınız size göre yeterli düzeyde oluyor mu?			

ZİHİNSEL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
4	Kitap yada gazete okurken, anlamakta güçlük çekiyor musunuz?			
5	Alışverişte basit hesapları zihninizden yapabiliyor musunuz?			
6	Sizden istenenleri kafanızda toparlayıp yerine getirmekte güçlük çekiyor musunuz?			
7	Sohbet ortamında, çevrenizde konuşulanlara yeterince kendinizi verebiliyor musunuz?			

CİNSEL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
8	Cinselliğe eskisi kadar ilgi duyuyor musunuz?			
9	Cinsel ilişkinin başlangıcında nefsinizin uyanmasında eskiye göre güçlük çekiyor musunuz?			
10	Cinsel ilişki sırasında eskisi kadar zevk alıyor musunuz?			
11	Cinsel ilişkinin sonunda eskisi kadar tatmin oluyor musunuz?			

DAMGALANMA HİSSİ

		Evet	Kısmen	Hayır
12	Hastalığınız nedeniyle kendinizi yetersiz ya da eksik gibi hissediyor musunuz?			
13	Çevrenizdeki diğer kişiler, sizin hastalığınızı biliyor olsalar, bu durum nedeniyle sizi aşağılar ya da eksikmiş gibi görürler mi?			
14	Başkaları hastalığınızı bilseler, bu durum evlenme konusunda sizin daha fazla zorluk yaşamanıza neden olabilir mi?			
15	Başkalarının hastalığınızı bilmeleri sizin bir işe alınmanızı daha fazla zorlaştırır mı?			

İÇE KAPANIKLIK

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
16	Günlük faaliyetlerinizi ne ölçüde başkalarıyla geçiriyorsunuz?			
17	Topluluk içinde ne kadar sohbete katılıyorsunuz?			
18	Misafir geldiğinde, onların yanında ne kadar bulunuyorsunuz?			

EV İÇİ İLİŞKİLER

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
19	Aile üyelerinin yanında ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
20	Ev içi sohbete ne ölçüde katılıyorsunuz?			
21	Ev içi işlere ne kadar yardım ediyorsunuz?			
22	Evde günlük ihtiyaçlara ne kadar katkıda bulunuyorsunuz?			
23	Evde ne kadar kendinizle ilgili konuşuyor, duygularınızı ifade ediyorsunuz?			
24	Evdeki genel sorunlarla ne ölçüde ilgileniyorsunuz?			

ARKADAŞLARIYLA İLİŞKİLER

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
25	Arkadaşlarınızla ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
26	Arkadaşlarınızla ne derecede iyi geçiniyorsunuz?			
27	Arkadaşlarınızın sorunlarıyla ne kadar ilgileniyorsunuz?			
28	Arkadaşlarınızla birlikte olmaktan ne derecede memnun oluyorsunuz?			
29	Akrabalarınızla ne derecede ilişkilerinizi sürdürüyorsunuz?			

TOPLUMSAL ETKİNLİKLERE KATILIM

		Nadiren	Bazen	Sıklıkla
30	Arkadaşlarla gezmeye gider misiniz?			
31	Arkadaşlarla parka gider misiniz?			
32	Arkadaşlarla kahveye gider misiniz?			
33	Arkadaşlarla maç seyretmeye gider misiniz?			
34	Arkadaşlarla kafeye/pastaneye gider misiniz?			
35	Arkadaşlarla sinemaya/tiyatroya gider misiniz?			
36	Arkadaşlarınız ne sıklıkta size ziyarete gelir?			
37	Ne sıklıkta dernek/kulüp faaliyetlerine katılırsınız?			

GÜNLÜK ETKİNLİKLER ve HOBİLER

	Aşağıdaki etkinliklere ne ölçüde katılıyorsunuz?	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
38	Alışverişe çıkma			
39	Evin faturalarını yatırma			
40	Müzik aleti çalma			
41	Çiçek yada bitki yetiştirme			
42	El işleriyle uğraşma			
43	Spor yapma			
44	Tamir işleriyle uğraşma			
45	Benzer etkinlikler için kurslara katılma (resim, boyama, daktilo vb)			

İNİSİYATİF ALMA ve POTANSİYELİNİ KULLANABİLME

	Aşağıdaki etkinlikleri ne ölçüde yerine getiriyorsunuz?	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
46	Kendisi için alışverişe çıkma			
47	İşsizse, iş başvurusunda bulunma			
48	Banka işlerini görme			

İŞ

		Evet	Kısmen	Hayır
49	Çalıştığınız işte emeğinizin karşılığını alıyor musunuz?			
50	Çalıştığınız işte sorumluluk alabiliyor musunuz?			
51	Çalıştığınız işte aktif/üretken görevde misiniz?			
52	Sık sık iş değiştirmek ve iş aramak durumunda kalıyor musunuz? (6 aydan kısa süreli iş deneyimleri)			

Not: Eğer işsizse, son çalıştığı dönem için sorgulayın.

Ek-7. Obsesif İnanışlar Ölçeği (OIÖ)

Obsesif İnanışlar Ölçeği - 4 (OIÖ-44)

Bu ölçek insanların kapıdıkları farklı tutum ve inançları sıralamaktadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve ifadeye katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

Her bir ifade için sizin düşüncenizi en iyi tanımlayan rakamı işaretleyiniz. Soruların doğru ve yanlış cevabı yoktur.

Verilen ifadenin sizin genel bakış açınıza temsil edip etmediğine karar verirken çoğu zaman nasıl düşündüğünüzü gözünüzün önüne getiriniz.

Cevaplarırken aşağıdaki puanlama yönergesini kullanınız:

(1)	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum	Orta düzeyde katılmıyorum	Çok az katılmıyorum	Net katılıyorum ne de	Çok az katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Soruları puanlarken orta noktayı (4) işaretlemekten kaçınınız. Daha çok kendi inanç ve tutumunuza göre genellikle aşağıdaki ifadelere katılıp katılmadığınızı belirtiniz.						
1. Çevremdeki şeylerin genellikle tehlikeli olduklarını düşündürm.				1	2	3
2. Bir şeyden tam olarak emin değilsem hata yapmam kaçınılmazdır.				1	2	3
3. Benim kendi ölçütlerime göre her şey mükemmel olmak zorundadır.				1	2	3
4. Değerli bir insan olabilmek için yaptığım her şeyde mükemmel olmak zorundayım.				1	2	3
5. Fırsatını bulduğum zaman kötü şeylerin olmasını engellemek için harekete geçmem gerekir.				1	2	3
6. Zarar görme olasılığı olmasa bile her ne pahasına olursa olsun zararı engellemeye çalışmam gerekir.				1	2	3
7. Bana göre kötü istedilere sahip olmak, onları gerçekten yapmak kadar kötüdür.				1	2	3
8. Tehlikeyi önceden gördüğümde harekete geçmezsem her türlü sonuçtan ben sorumlu olurum.				1	2	3
9. Bir şeyi mükemmel şekilde yapamayacaksam onu hiçbir şekilde yapmamalıyım.				1	2	3
10. Her zaman bütün potansiyelimi kullanmak zorundayım.				1	2	3
11. Bir duruma ilişkin olası bütün sonuçları dikkate almak benim için önemlidir.				1	2	3
12. Küçük hatalar bile bir işin tamamlanmadığı anlamına gelir.				1	2	3
13. Sevdiklerim hakkında saldırgan düşüncelere ve dürtülere sahibsem, bu benim içten içe onlara zarar vermek isteyebileceğim anlamına gelir.				1	2	3
14. Kararlarımdan emin olmak zorundayım.				1	2	3
15. Gündelik karşılaşılabilecek her türlü durumda, zarara engel olamamak kasten zarara sebep olmak kadar kötüdür.				1	2	3
16. Ciddi problemlerden (örneğin, hastalık veya kazalar) kaçınmak benim açımdan sürekli çaba harcamayı gerektirir.				1	2	3

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

17. Benim için bir zararı engellemek zarara neden olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
18. Bir hata yaparsam üzüntü duymam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
19. Benim kararlarımın veya yaptıklarımın olumsuz sonuçlarının başkalarına herhangi bir zarar vermeyeceğinden emin olmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
20. Bana göre mükemmel olmayan şeyler doğru değildir.	1	2	3	4	5	6	7
21. Müstebcen düşüncelere sahip olmak korkunç bir insan olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
22. Ekstra önlemler almazsam, ciddi bir kaza geçirme veya ciddi bir kazaya neden olma olasılığım bir başkasına göre çok daha fazladır.	1	2	3	4	5	6	7
23. Kendimi güvende hissedebilmek için ters gödebilecek herhangi bir şeye olabildiğince hazırlıklı olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
24. Tuhaflar veya tiksinti uyandıran düşüncelerim olmamalı.	1	2	3	4	5	6	7
25. Benim için bir hata yapmak tümtüyle başarısız olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
26. Küçük meselelerde bile her şeyin açıkça belirlenmiş olması önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
27. Dine aykırı bir düşünceye sahip olmak din dışı bir şey yapmak kadar günahıdır.	1	2	3	4	5	6	7
28. Zihnimi istenmeyen düşüncelerden uzak tutabilmeliyim.	1	2	3	4	5	6	7
29. Kendime veya başkalarına kazara zarar vermeye diğer insanlardan daha yatkınam.	1	2	3	4	5	6	7
30. Kötü düşüncelere sahip olmak benim acayip veya anormal biri olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
31. Benim için önemli olan şeylerde en iyi olmak zorundayım.	1	2	3	4	5	6	7
32. İstenilmeyen bir cinsel düşünce veya hayale sahip olmak onu gerçekten yapmak istediğim anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
33. Mühim bir felaketin yaşanmasında yaptıklarımın az bir etkisi bile olsa ortaya çıkacak sonuçtan ben sorumlu olurum.	1	2	3	4	5	6	7
34. Dikkatli olduğum zamanlarda bile genellikle kötü şeylerin olacağı düşüncesine kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
35. İstem dışı gelen düşüncelere sahip olmak kontrolden çıktığım anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
36. Çok dikkatli olmazsam zarara sebep olacak olaylar meydana gelecektir.	1	2	3	4	5	6	7
37. Bir şeyler tam olarak doğru bir şekilde yapılana kadar üzerinde çalışmam gerekir.	1	2	3	4	5	6	7
38. Saldırgan düşüncelere sahip olmak kontrolü kaybedeceğim ve saldırganlaşacağım anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
39. Bana göre bir felakete engel olamamak ona neden olmak kadar kötüdür.	1	2	3	4	5	6	7
40. Bir işi mükemmel şekilde yapmazsam insanlar bana saygı göstermezler.	1	2	3	4	5	6	7
41. Hayatımdaki sıradan deneyimler bile risk doludur.	1	2	3	4	5	6	7
42. Kötü bir düşünceye sahip olmak ahlaki olarak kötü bir iş yapmaktan farklı değildir.	1	2	3	4	5	6	7
43. Ne yaparsam yapayım yeterince iyi olmayacak.	1	2	3	4	5	6	7
44. Düşüncelerimi kontrol etmezsem cezalandırılacağım.	1	2	3	4	5	6	7

Obsesif İnanışlar Ölçeği - 4 (OIÖ-44)

Obsesif İnanışlar Ölçeği – 44'ün (OIÖ-44) Değerlendirme Anahtarı

Sorumluluk/Tehlike Beklentisi (Responsibility/Threat Estimation)

1, 5, 6, 8, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 29, 33, 34, 36, 39, 41

Mükemmeliyetçilik/ Kesinlik (Perfectionism/Certainty)

2, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 14, 18, 20, 25, 26, 31, 37, 40, 43

Önem Verme/ Düşünceleri Kontrol Etme (Importance/Control of Thoughts)

7, 13, 21, 24, 27, 28, 30, 32, 35, 38, 42, 44