



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

**ÖTİMİK BİPOLAR HASTALARDA DAVRANIŞSAL
BAĞIMLILIK SIKLIĞININ SAĞLIKLI
GÖNÜLLÜLERLE KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Berkan BODUR

Antalya, 2021



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

**ÖTİMİK BİPOLAR HASTALARDA DAVRANIŞSAL
BAĞIMLILIK SIKLIĞININ SAĞLIKLI
GÖNÜLLÜLERLE KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Berkan BODUR

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Gülsüm Özge BAYSAL

“Kaynak gösterilerek tezinden yararlanılabilir.”

Antalya, 2021

TEŐEKKÖR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen başta tez danışmanım Prof. Dr. Gülsüm Özge BAYSAL olmak üzere, değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Buket CİNEMRE, Doç. Dr. Mustafa Mehmet ERYILMAZ, Doç. Dr. Burak KULAKSIZOĞLU, Dr. Öğr. Üyesi Özmen METİN, Prof. Dr. Mehmet Murat KULOĞLU ve Öğr. Gör. Dr. Ali ERDOĞAN'a, birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm çalışma arkadaşlarıma, benden desteklerini esirgemeyen ve her zaman yanımda olan sevgili aileme teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR DİZİNİ.....	iii
ŞEKİL DİZİNİ	iv
ÇİZELGE DİZİNİ.....	v
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Bipolar Bozukluk	3
2.1.1.Tanım	3
2.1.2. Tarihçe	3
2.1.3.Epidemiyoloji.....	4
2.1.4. Etiyoloji	5
2.1.5. Tanı ve Klinik Özellikler	7
2.1.6. Klinik Seyir.....	10
2.1.7. Tedavi	11
2.2.Davranışsal Bağımlılıklar	11
2.2.1. Kumar Oynama Bozukluğu	12
2.2.2. İnternet Bağımlılığı.....	15
2.2.3. Kompulsif Satın Alma	19
2.2.4. Egzersiz Bağımlılığı	21
2.3. Bipolar Bozukluğun Davranışsal Bağımlılıklar ile İlişkisi	25
3.GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Örneklemenin Oluşturulması	28
3.1.1. Hasta gruplarının çalışmaya alınma ölçütleri	28

3.1.2. Hasta ve kontroller için çalışmadan dışlanma ölçütleri:	29
3.2. Veri Toplama Araçları.....	29
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	29
3.2.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D).....	29
3.2.3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)	30
3.2.4. South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT)	30
3.2.5. Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği (KÇSA)	30
3.2.6. Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği (EBÖ)	31
3.2.7. İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ).....	31
3.3. Yöntem	31
3.4. İstatistiksel analiz	32
4.BULGULAR.....	34
5.TARTIŞMA	63
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	68
7.ÖZET.....	70
8.ABSTRACT	71
9.KAYNAKLAR	72
10.EKLER.....	82

KISALTMALAR DİZİNİ

- BA:** Behavioral Addictions
BB: Bipolar Bozukluk
BD: Bipolar Disorder
DB: Davranışsal Bağımlılıklar
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EBÖ: Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği
HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
HDRS: Hamilton Depression Rating Scale
ICD: International Classification of Diseases
İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği
KÇSA: Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği
KOB: Kumar Oynama Bozukluğu
MKB: Madde Kullanım Bozukluğu
SOKTT: South Oaks Kumar Tarama Testi
YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği
YMRS: Young Mania Rating Scale

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 4.1. HAM-D puanlarının toplam epizod sayısı ile korelasyonu	53
Şekil 4.2. YMDÖ puanlarının toplam epizod sayısı ile korelasyonu.....	54
Şekil 4.3. Hasta grubunda İnternet Bağımlılık Ölçeği ile Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği arasındaki korelasyon	60
Şekil 4.4. Hasta grubunda İnternet Bağımlılık Ölçeği ile Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği arasındaki korelasyon	62



ÇİZELGE DİZİNİ

Çizelge 4.1. Gruplara ait bazı sosyodemografik ve klinik özellikler.....	34
Çizelge 4.2. Hasta grubunun hastalığa ait bazı klinik özellikleri.....	36
Çizelge 4.3. Hasta grubunun hastalık semptomlarına ait bazı klinik özellikleri...	37
Çizelge 4.4. Grupların South Oaks Kumar Tarama Testi, İnternet Bağımlılık Ölçeği, Egzersiz Bağımlılık Ölçeği ve Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği puan ortalamaları açısından karşılaştırılması.....	39
Çizelge 4.5. Grupların South Oaks Kumar Tarama Testi puan ortalamaları açısından karşılaştırılması	40
Çizelge 4.6. Grupların İnternet Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları açısından karşılaştırılması	42
Çizelge 4.7. Grupların Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları açısından karşılaştırılması	44
Çizelge 4.8. Grupların Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği puan ortalamaları açısından karşılaştırılması	46
Çizelge 4.9. Hastaların HAM-D ve YMDÖ puan ortalamaları	48
Çizelge 4.10. Hasta grubunda Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) puan ortalamaları sosyodemografik verilerle karşılaştırılması.....	49
Çizelge 4.11. Hasta grubunda Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) puan ortalamaları sosyodemografik verilerle karşılaştırılması.....	50
Çizelge 4.12. HAM-D ve YMDÖ puanlarının hastalık süresi (yıl), hastaneye yatış sayısı, ortalama epizod süresi (hafta), toplam epizod sayısı, remisyon süresi (yıl) ile korelasyonu	52
Çizelge 4.13. Hasta grubunda Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) puan ortalamaları bazı klinik verilerle karşılaştırılması.....	55
Çizelge 4.14. Hasta grubunda Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) puan ortalamaları sosyodemografik verilerle karşılaştırılması.....	57
Çizelge 4.15. Hasta grubunda South Oaks Kumar Tarama Testi, İnternet Bağımlılık Ölçeği, Egzersiz Bağımlılık Ölçeği ile Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği puanları arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)	59

Çizelge 4.16. Kontrol grubunda South Oaks Kumar Tarama Testi, İnternet Bağımlılık Ölçeği, Egzersiz Bağımlılık Ölçeği ile Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği puanları arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)..... 61



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk (BB) tekrarlayan depresyon, mani, hipomani ve karma dönemleri ile karakterize olup bu dönemler arasında bireyin hastalık öncesi duygudurum haline genellikle dönebildiği kronik seyir gösteren bir duygudurum bozukluğu olarak tanımlamaktadır. Sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma, intihar riski, sık tekrarlama gibi sebeplerle kişiyi ve çevresindeki yaşamını olumsuz yönde etkiler ve ciddi derecede yeti yitimine neden olur [1]. Daha önceleri toplumda görülme sıklığı %1 olarak bilinse de, bipolar spektrum bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı %3.0-6.0 arasında kabul edilmektedir [2].

Davranışsal bağımlılık (DB) kişinin kendisine veya çevresine zarar verici davranışlar sergilemesine yol açabilen dürtü ve güdülere karşı koyamama hali olarak tanımlanabilir. Planlanan davranış öncesi kişide artan oranda heyecan ve gerginlik oluşmakla beraber, davranış gerçekleştiği anda veya kısa süre sonra bireyde rahatlama, keyif hissi ve haz duygusu yaşanmaktadır [3]. Bağımlılık terimi genellikle madde bağımlılığı ile sınırlandırılmıştır. Son dönemde internet kullanımı, alışveriş yapmak, kumar oynamak, video oyunları oynamak, egzersiz yapmak, seks ve yoğun çalışmak gibi bazı davranışlar bağımlılık yapıcı olarak kabul edilmiştir [4]. Alkol ve madde ile ilişkili olmayan bağımlılıklarda dışarıdan herhangi bir psikotrop madde alınmamaktadır. Psikotrop etkiyi oluşturan durum ise aşırı düzeyde yapılan aktivitelerle vücutta oluşan biyokimyasal süreçler sonucunda meydana gelmektedir. Günümüz itibarıyla aşırı ödül arama davranışı ile ilgili tanı ve tedavide tutarlı bir yapı oluşturulmamıştır. Bu nedenle davranışsal bağımlılıkların kavramlaştırılması büyük önem arz etmektedir [5].

Bipolar duygudurum bozukluğunun aşırı duyarlı bir davranışsal aktivasyon sistemi ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür [6]. Bu sisteme göre beyinde davranış ve duyguları etkileyen majör 3 sistem bulunmaktadır. Bu sistemler Savaş/kaç/donma sistemi (The fight/flight/freeze system) olarak adlandırılmış olup yüksek uyarıların bulunduğu ortamda kaçınılabilecek davranışsal aktiviteleri düzenler [7]. Davranışsal inhibisyon sistemi cezalandırma veya ödülün sona erdirilmesi ile aktive olurken; davranışsal aktivasyon sistemi ise ödüle yanıt veya cezalandırılmanın sonlandırılması ile aktive olmaktadır [8]. Davranışsal

aktivasyon sisteminin devreye girmesi ile artmış motor aktivite, olumlu affekt, ödüle yönelik motivasyon ortaya çıkar; ayrıca bu sistem beyinde nukleus akkumbens, orbitofrontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks ve anterior singulat korteks gibi çeşitli dopamin yolları ve beyin bölgeleri ile ilişkilendirilmiştir [9][10]. Davranışsal aktivasyon sisteminin aşırı uyarılması ile manik atak benzeri davranışlar (psikomotor aktivite artışı, öforik/disforik duygudurum, iştah artışı) gözlemlenirken, normalin altında çalışması ise depresif bozuklukla benzeri davranışlar (anhedoni, ilgi/istek kaybı, motivasyon eksikliği, psikomotor yavaşlama) gözlemlenmiştir [11]. Bipolar bozukluğun aşırı duyarlı bir davranışsal aktivasyon sistemi ile ilişkili olduğu ve dolayısıyla ödül hassasiyetinin arttığı varsayıldığında, bipolar bozukluğu olan hastalarda oldukça yüksek görülen madde kullanımı, kötüye kullanım ve bağımlılık oranlarını bu durumla açıklamak mantıklı görünecektir.

Bu çalışmada, ötimik bipolar hastalarda davranışsal bağımlılık eşlik etme sıklığı, davranışsal bağımlılıkların bipolar bozukluk ile ilişkisinin araştırılması ve ötimik bipolar hastalarda davranışsal bağımlılık (kumar, alışveriş, internet, egzersiz) sıklığının sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Bipolar Bozukluk

2.1.1.Tanım

Bipolar bozukluk, yineleyen depresif, manik, hipomanik ya da karma dönemlerle karakterize; bu dönemler arasında kişinin sağlıklı dönemlere dönebildiği, işlevsellikte bozulma ve yeti yitimine yol açabilen kronik seyirli bir hastalıktır [12][13].

2.1.2. Tarihçe

Duygudurum bozukluklarının tarihine baktığımızda antik Yunan ve Roma dönemlerine kadar uzanmakta olduğunu görmekteyiz. Homeros M.Ö 7. yüzyılda Yunanca öfke ve gazap anlamına gelen “mani” sözcüğünü ünlü İlyada Destanı’nın giriş bölümünde kullanmıştır. Melankoli terimini ise ilk olarak M.Ö. 450 yılında Hipokrat kullanmıştır. Bugün depresyon olarak bildiğimiz hastalığa Hipokrat melankoli olarak isimlendirmiş; keder, umutsuzluk, uykusuzluk, iştahsızlık, irritabilite, hali olarak betimlediği bu tabloyu kara safra ile ilişkilendirmiştir [14]. Mani ve melankoli arasındaki ilişkiyi ilk olarak Aretaeus (M.S. 150’lerde) belirtmiş ve melankolinin maninin başlangıcı ve bir parçası olduğunu ifade etmiştir. 19. yüzyılda Alman ve Fransız psikiyatristler mani ve melankolinin farklı türlerini ve klinik belirtilerini tarif etmiş ve hepsini (psikoz manik depresif) adı altında toplamışlardır. Hastalığın belirtilerini, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını ise Kraepelin tarafından yapılmıştır [15].

Bleuer, 1930’lu yıllarda manik ve depresif dönemlerle giden bu tabloyu “Affektif Bozukluklar” olarak isimlendirmiştir. 1959 Yılında ise Avusturyalı bilim adamı Leonard iki uçlu ve tek uçlu hastalık ayrımını yapmıştır. Günümüzde güncel olarak kullanımda olan iki uçlu kavramını klinik anlamda kullanıma kazandırmıştır. Sadece depresif epizodlarla seyreden tabloya tek uçlu hastalık, manik ve depresif epizodlarla ya da sadece manik ataklarla seyreden tabloya da iki uçlu hastalık demiştir [13].

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı ilk olarak 1952 yılında yayımlanmıştır. DSM-I (1952) 'de bu bozukluk psikotik bir bozukluk

olarak sınıflandırılmış olup; Manik Depresif Reaksiyon” olarak isimlendirilmiştir. 1968’de yayımlanan DSM-II’de “Manik Depresif Hastalık” olarak isimlendirilmiş ve “Affektif Bozukluklar” başlığı altında sınıflandırılmıştır. DSM-III’te bipolar bozukluk özgül tanı ölçütleri belirlenmiştir ve günümüzdeki “Bipolar Bozukluk” tanımı şekillenmiştir. “Manik atak”, “depresif atak”, “karma atak”, “hipomani”, “siklotimik bozukluk” alt başlıkları eklenmiştir. DSM-III-R manik dönem için “amaca yönelik aktivitede artış” ölçütüyle ilgili açıklamayı netleştirmiş ve hipomani tanımını detaylandırmıştır. DSM-IV’te “Bipolar Tip 1 ve 2” tanımlanmış DSM-5’te bipolar bozukluk tanısı “Bipolar ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altına alınmıştır [16].

2.1.3.Epidemiyoloji

Bipolar bozukluğun yaygınlığı %1 olarak kabul edilmektedir. Bu oran ırk ve etnisiteye göre farklılık göstermemektedir [17]. Bipolar tip I için yaşam boyu yaygınlık %0.6; Bipolar tip II için %0.4 olarak bildirilmiştir.“Bipolar spektrum” kavramı olarak ele alındığında bu oran %2.4’e yükselmektedir [18][19].

Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı erkek ve kadın cinsiyeti arasında farklılık göstermemektedir. Hastalığın dönemsel özellikleri ve gidişatında çeşitli cinsiyet farklılıkları bulunmakla beraber depresif dönemler kadınlarda, manik dönemler erkeklerde daha sık görülmektedir [20]. Kadınlarda, hızlı döngü ve karma epizod daha sık görülmektedir [21].

BB genç erişkinlik dönemi hastalığı olarak bilinmektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda hastalığın ortaya çıkış yaşının 15-24 ve 45-54 olmak üzere iki farklı zaman diliminde yoğunlaştığı bildirilmektedir [22].

Global hastalık yükü çalışmasında, BB global hastalık yükünün 17. önde gelen nedenidir. BB yaşam boyu süren ve tekrarlayan epizodlarla seyreden özellikler içermesi nedeni ile sıklıkla işlevsellikte bozulmaya ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olur [23].

2.1.4. Etiyoloji

Bipolar bozukluğun etiyojisinde; genetik faktörler, biyokimyasal etkenler, hormonlar, kullanılan ilaç ve maddeler ve psikososyal etkenlerin üzerinde durulmuş olup etiyojisi kesin olarak bilinmemektedir [24].

2.1.4.1. Biyolojik Etkenler

a) Genetik Etkenler

Genel popülasyonda yaşam boyu BB geliştirme riski %0,5-1,5 iken birinci derece akrabalarda %5-10; tek yumurta ikizlerinde %40-70 olarak bulunmuştur [25].

Ebeveynlerden birinde BB olduğu durumda herhangi bir çocukta bir duygudurum bozukluğu geliştirme olasılığı %25 iken; her iki ebeveynin de hasta olduğu durumlarda bu oran %50–75 olarak bildirilmektedir. Moleküler biyoloji alanında yapılan çalışmalarda 5. 11. 18. ve X kromozomu ile BB arasında bazı ilişkiler bildirilmişse de belli bir gen dizisi ile net bir ilişki ortaya konamamıştır [20].

b) Nörobiyoloji :

Duygudurum bozukluklarının nörobiyolojisi ile ilgili farklı hipotezler bulunmaktadır. Duygudurum bozukluğunun monoamin hipotezi, merkezi sinir sistemindeki monoaminerjik nörotransmisyonundaki disregülasyonun depresyon veya mani klinik özellikleri ile yakından ilişkili olduğunu varsaymaktadır [26].

Mani oluşumunda, noradrenerjik ve kolinerjik sistem arasındaki dengenin bozulduğu düşünülmektedir. Mani döneminde noradrenerjik sistemde aktivasyon, kolinerjik sistemde ise yetersizlik gözlenmektedir [27]. Serotoninin prekürsörü olan L-triptofan'ın yüksek dozlarda verilmesi ile manik semptomlar ortaya çıkmaktadır [28]. Serotoninin uyku-uyanıklık döngüsü, vücut ısısı, iştah ve libido gibi yaşamsal faaliyetlerde önemli düzenleyici rolü vardır; adrenalin ve dopamin ile birlikte amaçlı motor aktivitede, saldırgan davranışların bastırılmasında etkin yer alır [29].

Dopamin düzeyi depresyonda azalmış, manide ise artmıştır. Depresyonda mezolimbik sistemdeki dopaminerjik yolağın fonksiyonunda bozulma olabileceği

ve dopamin D1 reseptörünün aktivitesinin azalmış olabileceği teorileri varsayılmaktadır [30]. Asetilkolinin sinaptik aralıkta salınımının artması depresyon ile ilişkilendirilirken, azalması ise mani ile ilişkilendirilmektedir [13]. Bipolar bozuklukta oksipital kortekste glutamat seviyesinde artış olurken; anterior singulat kortekste ise düşüş gözlenir. Glutamatın reseptör alt tipinden biri olan AMPA reseptör aktivasyonu antidepresan etki gösterirken, antagonizması ise antimanik etki göstermektedir [31].

GABAerjik (gamma aminobütirik asit) aktivite Bipolar bozuklukta depresif dönemde artmış, mani döneminde azalmış platelet GABA alımı olduğu, bunun aksine, platelet glutamat alımının mani döneminde arttığı bildirilmiştir [32].

c) Nöroendokrin Düzenleme

Endokrin sistem ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki daha çok depresyon çalışmalarına dayanmaktadır. Mani ile ilgili olan veriler sınırlıdır. Depresif semptomlardan ve bilişsel fonksiyonlarda bozulmadan serum kortizol düzeylerinin artmasıyla oluşan nörotoksiste sorumlu tutulmaktadır [33].

Duygudurum bozuklukları ile ilişkili tanımlanmış diğer nöroendokrin anormallikler nokturnal melatonin salgılanmasının azalması, prolaktin salınımının azalması, follikül stimulan hormon ve luteinizan hormon bazal değerlerinde azalma ve erkeklerde testosteron düzeyinde düşüş olarak tanımlanmıştır [34].

d) Nörogörüntüleme:

Yapılan morfometrik ölçümlerle bipolar bozukluk olgularında birkaç manik ataktan sonra lateral ve 3. ventriküllerin genişlemesi, gri madde yoğunluklarında progresif azalma, prefrontal kortekste gri madde hacminde azalma saptanmıştır [35].

Fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında en çok öne çıkan veriler hipokampus, orbital ve ventral prefrontal kortekste hacim kaybı ve buna eşlik eden etkinlik artışıdır. Ayrıca dorsal prefrontal bölge metabolizmasında azalma saptanmıştır [36]. Diğer görüntüleme çalışmalarında duygusal düzenleme ile ilişkili beyin bölgelerinde aşırı aktivasyonun bipolar bozukluğun afektif semptomlarına katkı

sağlayabileceğini göstermiştir. Kortikolimbik yollarla ilgili en tutarlı bulgu amigdala, striatum ve talamusun aşırı aktivasyonudur [37].

2.1.4.2. Psikososyal Etkenler

Duygudurum bozukluklarında, ilk duygudurum atağının çoğu zaman stresör bir faktör sonrası ortaya çıktığı, ancak sonraki ataklarda stres yaratan yaşamsal olayların eşlik etme sıklığının daha az olduğu gözlenmiştir. Bu gözlem sonucu ‘Ateşleme Modeli’ (Kindling Model) ortaya çıkmıştır [38]. Bu modele göre geçirilen ilk duygudurum epizodu hücre düzeyinde biyokimyasal değişikliklere yol açarak kişide stresöre karşı duyarlılığı arttırmakta ve stresle baş edebilme becerisini azaltmaktadır. Bu duyarlılık nedeni ile kişi daha kolay atak geçirmektedir [39]. Sosyal, davranışsal ve travmatik deneyimler, gen ekspresyonuna sebep olur. Sonuç olarak psikososyal bir predispozan faktör olmadan ataklar kendiliğinden yineleyebilir [40].

2.1.4.3. Çevresel Etkenler

Ruhsal bozuklukların birçok nedeni vardır. Gen-çevre etkileşimi ve gen transkripsiyonun düzenlenmesini araştıran epigenetik çalışmalar aracılığıyla ruhsal bozukluklara yatkınlığın, farklı nedenlerin kombinasyonundan kaynaklandığı görüşü ağırlık kazanmıştır. Çevresel olaylar gen transkripsiyonun düzenlenmesi ve işlevinde değişikliklere neden olarak bireyi psikopatolojilere daha duyarlı hale getirmektedir [41].

2.1.5. Tanı ve Klinik Özellikler

DSM-V’e Göre İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk Tanı Ölçütleri:

- İkiuçlu tip I Bozukluğu: Bir ya da birden fazla manik epizod ya da karışık epizodla belirlidir, sıklıkla majör depresif epizodlar eşlik etmektedir.
- İkiuçlu tip II Bozukluğu: Bir ya da birden fazla majör depresif epizod yanı sıra en az bir hipomanik dönem olması ile karakterizedir.

- Siklotimik Bozukluk: En az 2 yıl süreyle hipomani dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan, hipomani belirtilerin olduğu birçok dönemin ve majör depresif atağın tanı ölçütlerini karşılamayan depresyon belirtilerinin olduğu birçok dönemin olması ile karakterizedir.

- Maddenin/İlacın Yol Açtığı İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk: Duygudurum bozukluğu madde intoksikasyonu ya da yoksunluğu sırasında gelişmiştir veya madde alımı sonrasında, ya da ilaç alımına bağlı olarak gelişmiştir.

- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk: Duygudurum bozukluğunun başka bir sağlık durumunun, doğrudan patofizyolojisi ile ilgili bir sonucu olduğuna yönelik kanıtlar bulunmaktadır.

- Tanımlanmış Diğer Bir İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk: Kısa süren hipomani ve majör depresyon dönemleri, yeterli belirti göstermeyen hipomani dönemleri ve majör depresyon dönemleri, majör depresyon öyküsü olmaksızın hipomani ve kısa süren siklotimi bu alt başlıkta toplanmış bulunmaktadır.

- Tanımlanmamış İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk: Tanımlanan bozukluklardan herhangi biri için tanı ölçütlerinin tam karşılanmadığı veya klinisyen tarafınca karşılamamanın özel nedeni belirlenmek istenmediğinde ya da daha özgül tanı koymak için yeterli zaman olmadığı durumlarda kullanılır.

DSM-V'e Göre Manik Atak Tanı Ölçütleri

A. En az bir hafta (hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün; günün büyük bir bölümünde süren, olağandışı ve sürekli, taşkın, kabarmış ya da irritabl, ayrı bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte olağan dışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir döneminin olması.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha fazlası (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur.

- 1) Benlik saygısında abartılı artış ya da grandiyozite.
- 2) Uyku ihtiyacında azalma.
- 3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
- 4) Düşünce uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin ardı sıra gelmesi.

5) Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyaranla kolaylıkla dağılabilir).

6) Amaca yönelik etkinlikte artış ya da psikomotor ajitasyon.

7) Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı düzeyde katılma.

C. Bu duygudurum bozukluğu, mesleki ya da toplumsal işlevsellikte belirgin bir düşüşe yol açacak, kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek kadar ağırdır ya da psikoz özellikleri bulunmaktadır.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da başka bir sağlık durumunun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM-V'e Göre Hipomanik Atak Tanı Ölçütleri

A. Kabarmış, taşkın veya irritabl, olağan dışı ve süregelen bir duygudurumun varlığı ile etkinlikte ve cinsel güçte olağan dışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az 4 gün, neredeyse her gün ve günün büyük bir kısmında bulunması.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha fazlası (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur:

1) Benlik saygısında abartılı artış ya da grandiyozite.

2) Uyku ihtiyacında azalma.

3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.

4) Düşünce uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin ardı sıra gelmesi.

5) Dikkat dağınıklığı.

6) Amaca yönelik etkinlikte artış ya da psikomotor ajitasyon.

7) Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma.

C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha farklı bir şekilde işlevselliğinde büyük bir değişiklik olduğu bir dönem olarak görülür.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başka kişilerce de gözlemlenebilir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir düşüşe yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek kadar şiddetli değildir. Psikotik özellikler varsa mani dönemi olarak tanımlanır.

F. Bu belirtiler bir maddenin ya da genel bir sağlık durumunun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlanamaz [42].

2.1.6. Klinik Seyir

Hastalığın ilk döneminin genellikle genç yaşta başladığı, hastaların %20-30'unda 18 yaşından önce, %35'inde 18 yaşından sonra ortaya çıktığı, %10'unda ise 40 yaşından sonra görüldüğü; ve hastalığın 17.4, 25.1 ve 40.4 yaşlarında pik yaptığı bilinmektedir [13]. Bipolar bozukluk çoğu zaman bir depresif epizod ile başlar. Majör depresyon tanılı olguların %5-10'u 6-10 yıl sonra bir manik epizod geçirirler [43]. Bipolar bozuklukta hastalığı yalnızca manik atak ile atlatan oldukça azdır. Çoğu vaka iyileşme döneminden bir süre sonra ya yeniden bir manik atak geçirmekte ya da çökkünlük dönemine girmektedir. Genç yaşta başlayan Bipolar bozukluk olguları ilk atak döneminden sonra uzun yıllar yeni bir epizod geçirmeyebilirler. Orta ve geç yaşlarda ise ataklar arasındaki süre kısalmaktadır [1].

BB, klinik anlamda seyri kişiler arası farklılıklar gösteren heterojen bir rahatsızlıktır. Sıklık açısından cinsiyetler arası fark göstermezken, klinik seyir açısından iki cinsiyet arasında belirgin farklar bulunmaktadır. Kadın hastalarda hızlı döngülü olma, eşlik eden anksiyete bozuklukları, depresif epizod ve depresyon nedeniyle hastaneye yatış öyküsü daha fazlayken, erkek hastalarda manik atak nedeniyle hastaneye yatış ve ömür boyu madde kötüye kullanım sıklığı daha fazladır [44]. Bipolar bozukluklu hastaların yaklaşık %25'inde atak dönemlerinin mevsimsel özellik gösterdiği bildirilmektedir [45].

Bipolar bozukluk tedavi edilmediğinde, mani döneminin yaklaşık 3 ay kadar sürebilmektedir. Manik epizod tedavisinin 3 aydan önce kesilmemesi gerektiği bildirilmektedir. Tedavi edilmemiş bir depresyon döneminin ise 6-13 ay kadar sürebildiği ve tedavi altında olanların ise yaklaşık üç ay kadar sürdüğü, üç

aydan önce antidepresan tedavinin kesilmesinin sıklıkla belirtilerin tekrar ortaya çıktığı bildirilmektedir [46].

Bipolar bozukluk tanısı olan olgularda intihar nedeniyle ölüm sıklığı oldukça yüksektir ve bu oran rahatsızlık tedavi edilmediğinde genel popülasyondan yaklaşık 20 kat daha fazladır [47][48].

Manik atak dönemlerinin kısa sürmesi, geç başlangıç yaşı, intihar düşüncesinin olmaması, komorbid psikiyatrik tanılarının olmaması iyi prognozla ilişkilendirilirken; komorbid alkol bağımlılığının bulunması, psikotik özelliklerin olması, erkek cinsiyet ve hastalığın remisyon döneminde hala devam eden depresif belirtilerin olması kötü prognozla ilişkilendirilmiştir [46].

2.1.7. Tedavi

Bipolar bozukluğun tedavisi akut dönemlerin tedavisi, yinelemelerin önlenmesi, hastayı yüksek işlevsellik düzeyinde tutması amaçlanan idame tedavisi şeklinde olmak üzere üç dönem göz önünde bulundurulmak kaydıyla düzenlenmelidir [49].

2.2.Davranışsal Bağımlılıklar

Bağımlılık denilince akla genellikle madde bağımlılığı (uyuşturucu, tütün vb.) gelmektedir. Bunun en önemli nedenlerinden birinin madde kötüye kullanımının çok eski tarihlere dayanmasıdır. Ancak sonradan yapılan araştırmalar bizlere bağımlılığın sadece bir ilacın ya da maddenin içilmesi şeklinde değil, bir davranış üzerinden de gerçekleşebileceğini ortaya koymuştur [50]. Bu bağımlılık türleri yapılan ilk çalışmalarda "dürtü kontrol bozuklukları" adı altında tanımlansa da birçok araştırmacı ve klinisyen "süreç bağımlılıkları", "davranışsal bağımlılıklar" veya "dürtüsel-kompulsif davranışlar" tanımlamalarını kullanmanın daha uygun olacağı konusundan ortak noktada buluşmuştur [51]. Nitekim DSM-5'te yakın bir zaman diliminde davranışsal bağımlılıklar başlığı altında ele alınan kumar bağımlılığı ya da diğer adıyla patolojik kumar bozukluğu, psikiyatrik bozukluklar sınıflandırmasına dahil edilmiştir [52].

2.2.1. Kumar Oynama Bozukluğu

2.2.1.1. Kumarın Tarihçesi

Kumar eski çağlardan itibaren insan hayatının bir parçası olmuştur. M.Ö. yaklaşık 3000 yıllarında bir Mısır mezarında zar bulunması kumarın yeni bir olgu olmadığına kanıtı olarak gösterilmektedir [53].

Kumarın ortaya çıkış dönemleri, tarih öncesi dönemlere kadar uzanmaktadır. Yapılan arkeolojik kazılarda kumar oynamak üzerine tasarlanmış çeşitli zarlar, pullar, oyun kağıtları benzeri aletler bulunmuştur.

Kumar terimi Arapça kökenli bir sözcük olup modern tanımıyla sonucunun ya da getirisinin şansa bağlı, rastgele ya da belirsiz olduğu etkinliklere para ya da diğer sahip olunan birikimleri ve nesneleri ortaya koyarak katılmak demektir [54]. Bu tanımdan kumarın beceri gerektirmeyen bir etkinlik olduğu anlaşılmaktadır [55]. İlerleyen dönemlerde belirtilerin ve sonuçların ortak doğası nedeniyle at yarışı, spor bahisleri, borsa ve diğer yatırım araçları gibi bilgi ve beceri gerektiren etkinlikleri de kapsar hale gelmiştir.

2.2.1.2. Kumar Oynama Bozukluğu Epidemiyolojisi

Kumar oynama bozukluğunun (KOB) yaygınlığı ile yapılan araştırmaları incelediğimizde erişkin popülasyonda %1-3 arasında olduğu ileri sürülmektedir. Amerika, Avustralya, Kanada ve Yeni Zelanda'da yapılan prevalans çalışmalarında ise kumar oynama bozukluğunun sıklığı %0,42-4 olarak bildirilmiştir [56]. Cinsiyet dağılımına bakıldığında, KOB'un genellikle erkeklerde gözlenen bir bozukluk olduğu gözlenmektedir. Kesitsel, toplum temelli ya da klinik olarak yürütülen çalışmalarda olguların dörtte üçünün erkek olduğu saptanmıştır [57][58]. Genç erişkinlerde yaygınlığı genel yetişkin nüfusa göre daha fazladır [56]. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da epidemiyolojik ve fenomenolojik olarak yazındakine benzer bulgular elde edilmiştir [59][60].

2.2.1.3. Kumar Oynama Bozukluğu Etiyolojisi

Kumar oynama davranışının sebepleri ile ilgili olarak çok sayıda farklı görüş ortaya atılmıştır. Bu görüşler kültürel, evrimsel, dini, ekonomik, sosyolojik ve psikolojik gibi oldukça farklı nedenlere dayanmaktadır [61].

2.2.1.4. Kumar Oynama Bozukluğu Tanı Ölçütleri

DSM-5'te Kumar Oynama Bozukluğu ile ilgili kısım aşağıdaki gibidir: [42]

A. On iki aylık bir süre içerisinde aşağıdakilerin en az dördü (ya da daha çoğu) ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ve işlevsellikte azalmaya neden olan, sürekli ve yineleyici, sorunlu bir kumar oynama davranışdır:

1. İsteddiği coşkuyu sağlamak amacıyla giderek daha çok parayla kumar oynamaya gereksinim duyma.
2. Kumar oynamayı bırakma ya da durdurma girişimleri sırasında huzursuz ya da kolay sinirlenen birisi olur.
3. Kumar oynamayı denetim altına almak, bırakmak ya da durdurmak için tekrarlayan, sonuç vermeyen çabalar olmuştur.
4. Kumar oynama üzerine sık sık düşünüp durur. (Örneğin geçmişteki kumar oynama yaşantıları, bir sonraki girişi engellemek, ya da tasarlamak ya da kumar oynamak için para bulma yollarını araştırmak gibi)
5. Kumar oynama sırasında sıklıkla sıkıntı duyma (Örneğin çaresiz, suçlu, bunalmış, çökkün)
6. Parayla kumar oynayıp kaybettikten sonra, çoğu kez eşitlenmek için bir başka gün gelir. (Kaybettiklerinin ardından koşar.)
7. Kumar oynama derecesini gizlemek için yalan söyler.
8. Kumar oynaması yüzünden eşini, önemli bir ilişkisini, iş ya da eğitim olanağını tehlikeye atmış ve kaybetmiştir.
9. Kumar oynamak için düştüğü umutsuz finansal durumlardan kurtulmak için başkalarının maddi kaynak sağlamasına bel bağlar.

B. Kumar oynama davranışı bir manik atak dönemi ile daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

Dönemsel: Kumar oynama tanı ölçütlerinin karşılandığı birden çok dönem arasında belirtilerin yatıştığı birkaç aylık dönemlerin bulunması.

Sürekli: Yıllardır tanı ölçütlerini karşılayan, süregelen belirtiler yaşama.

Varsa belirtiniz:

Erken yatışma evresinde: Daha önce kumar oynama bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, kumar oynama bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü, on iki aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az üç aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli yatışma ile giden: Daha önce kumar oynama bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, kumar oynama bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü, on iki ay ya da daha uzun süredir, hiçbir zaman karşılanmamıştır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Dört-beş belirtinin olması.

Orta derecede: Altı-yedi belirtinin olması.

Ağır: Sekiz-dokuz belirtinin olması.

DSM-5'te KOB'un sınıflandırıldığı yer değiştirilmiştir. Ayrıca tüm bağımlılık tanılarında olduğu gibi hafif-orta-ağır şeklinde bir ağırlık belirleyicisi eklenmiştir. Yatışma evresinde kumar oynama isteği bulunabilir (Madde bağımlılıklarındaki kullanma isteğine eş değer olarak).

2.2.1.5. Kumar Oynama Bozukluğunda Klinik Seyir

Kumar bağımlılığının klinik seyri 4 evreden oluşmaktadır [62]:

Balayı dönemi: Çoğu zaman kısa sürer ve kazançlı geçen bir dönemdir. Kazanma dönemi de denilir. Bu dönemde beceri geliştirilir; güç ve zenginlik hayalleri kurulur.

Duraklama dönemi: Bu dönem büyük bir kayıpla başlar ve “berbat bahis” olarak isimlendirilir. Bu kayıp sıradan kumarbaz için sıkıntı verici bir olay iken patolojik kumarbaz için “narsistik bir darbe” niteliğindedir. Kişinin kayıpları arttıkça kumar oynama davranışı giderek öncelik kazanır. Etraftan borç isteme, kredi çekme bu dönemde başlar. Kazandığı para borca ve tekrar kumara yatırılmaktadır. Kazanma ve kaybetme dönemleri ardışık olarak birbirini takip eder. Hasta kaybetmeyi kabullenemez ve kayıplarını kovalamaya başlar.

Çöküş dönemi: Kayıplar artmaya başlar ve oynanan bahis miktarları giderek yükselir, borçlanmalar başlar. Aile bireyleri ve iş hayatı ihmal edilmeye başlanılmıştır. Madde ve alkol kullanımı artabilir. Para kazanmak için yasal olmayan yollara başvurulabilir. Kişisel eşyalar satılabilir, yakın çevreden ve bankalardan borçlar alınabilir. Depresif belirtiler başlar, intihar düşünceleri ve girişimleri olabilir.

Yıkılış Dönemi: Finansal kaynaklar tamamen tükenmiştir. Yalan söyleme, yasadışı mali kaynak kullanımı, hukuki sorunlar, aile bütünlüğünün parçalanması, depresyon ve özkıyım görülür. Arkadaşlarını kaybeder ve akrabaları tarafından da reddedilirler [63].

2.2.1.6. Kumar Oynama Bozukluğunun Tedavisi

Tedavide özgül olarak onaylanmış ya da diğerlerine üstünlük göstermiş bir yöntem olmamakla birlikte çeşitli yöntemler kullanılabilir. Psikofarmakolojik olarak SSRI'lar, bupropion, lityum, topiramet, atipik antipsikotikler ve naltrekson kullanılabilir. Psikoterapi yöntemleri olarak bilişsel davranışçı terapi, grup terapileri, aile terapisi, iç görü odaklı psikoterapiler uygulanmaktadır [64].

2.2.2. İnternet Bağımlılığı

2.2.2.1. İnternetin Tarihçesi ve Günümüzde İnternet Kullanımı

Amerika Birleşik Devletler menşeli olan ve ilk zamanlarda kullanım amacı yalnızca askeri organizasyonları kapsamakta olan internetin temelleri 1960'lı yıllara dayanmaktadır. Günlük hayatta kullandığımız internet ise ilk defa bilgisayar ağı olarak 1969 yılında California'da kurulmuştur[65]. Ülkemizin internetle tanışması 1990'lı yılların başlarına dayanmaktadır. 1993 yılında ülkemizde internete ilk erişim sağlayan kurum Ortadoğu Teknik Üniversitesi'dir ve internet bu yıllarda daha çok akademik açıdan kullanılmaktaydı [66].

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2020 yılı verilerine göre ülkemizde güncel internet kullanım oranı 16-74 yaş grubundaki bireylerde %79,0 olmuştur. Cinsiyete göre internet kullanım oranı incelendiğinde; erkeklerde %84,7, kadınlarda %73,3 olduğu görülmüştür [67].

We Are Social 2020 ekim ayı verilerine göre dünyada internet kullanımı, sosyal medya kullanımı ve mobil kullanıcı istatistikleri incelenmiş; 4.66 milyar internet kullanıcısı, dünya nüfusunun %60'unu, 4.14 milyar sosyal medya kullanıcısı, dünya nüfusunun %53'ünü, 5.20 milyar mobil kullanıcısı, dünya nüfusunun %67'sini oluşturduğu saptanmıştır [68].

2.2.2.2. İnternet Bağımlılığı Epidemiyolojisi

İnternet bağımlılığı hakkında net bir tanımlamanın olmaması internet bağımlılığının toplumdaki yaygınlığının tespitini oldukça zorlaştırmaktadır. Buna rağmen uygulanan farklı tanı ölçütleri ve ölçekler sayesinde çalışmaların çoğunda internet bağımlılığı yaygınlığı %6 ila %14 aralığında olduğu tespit edilmiştir [69]. Yapılan çalışmalarda problemli internet kullanımı prevalansı Amerika ve Norveç'te %1 ve %0,7 olarak kayıt edilmiştir. Avrupa'da yapılan çalışmalarda prevalans oranlarının %1 ve %9 aralığında olduğu tespit edilmiştir. Ortadoğu'da %1-12 ve Asya örneklemelerinde bulunan prevalans oranları %2-18 olarak daha yüksek bir sonuç izlenmiştir. ABD' de 2513 yetişkin birey üzerinde telefon anketi kullanılarak gerçekleştirilen çalışmada %0,7 internet kullanım bozukluğu olduğu sonucu ortaya çıkmıştır [70].

2.2.2.3. İnternet Bağımlılığı Etiyolojisi

İnternet bağımlılığının sebepleri konusunda birçok etken yer almaktadır. Bireyin internet bağımlılığı geliştirmesine neden olan dolaylı ve doğrudan faktörlerin olduğu belirtilmektedir. Doğrudan etki eden nedenler arasında interneti kullanım amacı ve internet kullanma derecesinden kaynaklanıyorken; dolaylı olarak ise bireyin psikolojik ve sosyolojik olarak internet kullanması söylenebilir [71]. İnternet bağımlılığı nedenleri pek çok etkene dayanmaktadır. Bunların arasında nörobiyolojik, psikolojik ve kültürel faktörler yer almaktadır [72].

2.2.2.4. İnternet Bağımlılığı Tanı Ölçütleri

Ivan Goldberg internet bağımlılığı terimini ilk defa kullanan kişi olmuştur. Goldberg, bu terimi bireylerin kişisel yaşamında internet kullanımının yan etkilerini belirlemek ve açıklamak için ifade etmiştir. İnternet bağımlılığı da tıpkı

diğer madde bağımlılıklarına eşdeğer olarak, bireyin kendini maddenin etkisine maruz kalması şeklinde gerçekleştirmektedir. Ancak internet bağımlılığını kimyasal bağımlılıktan ayıran özellik ise davranışların üzerinde etkili olmasıdır [73].

Goldberg, 1996 yılında internet bağımlılığı ölçütlerini DSM-IV’ teki “madde bağımlılığı” tanı ölçütlerine dayanarak gerçekleştirmiştir. Young’da yine aynı yıl içinde DSM-IV’ te bulunan “kumar oynama” tanı ölçütlerine dayanarak sekiz maddeden oluşan ilk ciddi ölçütleri oluşturarak “ internet bağımlılığı tanı ölçütü” geliştirmiştir [74].

2.2.2.4.1. Goldberg’in DSM-IV de bulunan “madde bağımlılığı” tanı ölçütlerinden yola çıkarak yaptığı “internet bağımlılık” tanı ölçütleri

Geçirilen on iki ay içerisinde olmak kaydıyla açığa çıkan aşağıdakilerden üç tanesi ya da daha fazlasının bulunmasıyla birlikte, gözle görülür ruhsal bozukluğun oluşumuna neden olan problematik internet kullanımı

1. Aşağıda tanımlananlardan birinde tolerans gelişimi,

- ☐ İstenen zevkin alınabilmesi amacıyla belirgin olarak artış gösteren internet kullanım süresi
- ☐ Aynı zaman diliminde süregelen internet kullanımı ile alınan zevkte azalma olması

2. Aşağıda belirtilen yoksunluk gelişimi,

- ☐ İnternette neler olduğu ile ilgili takıntılı düşünce süreci
- ☐ İnternet ile ilişkili hayaller ve fanteziler kurmak
- ☐ Bunaltı hissi
- ☐ Psikomotor ajitasyon
- ☐ İsteyerek veya istemeyerek tuşa basma hareketi yapmak
- ☐ Bireyler bu sıkıntılı durumdan kurtulmak amacıyla internete bağlanırlar ya da benzeri bir aktivitede bulunurlar.

3. İnternet kullanımı genelde planlanandan daha fazla süre alır.

4. İnternet kullanımını denetim altına almak veya bırakmak için süregelen bir istek ya da boşa çıkmış çabalar vardır.

5. İnternet ile ilgili eylemler çok uzun süreler alır.

6. İnternet kullanımından dolayı önemli mesleki, toplumsal etkinlikler veya boş zamanları değerlendirme aktiviteleri bırakılır/azaltılır.

7. İnternet kullanımının neden olduğu sorunlar (işe ve randevulara geç kalma, evlilikte problemler, uyku problemleri vb.)

2.2.2.4.2. Young’un DSM-IV olan “kumar oynama bağımlılığı” tanı ölçütleri verilerine dayanarak oluşturduğu “internet bağımlılık” maddeleri”

- ☐ İstenilen zevki almak için giderek daha fazla internet kullanma gereksinimi duymak
- ☐ İnternet ile ilgili aşırı zihinsel uğraş
- ☐ İnternetin kullanımını kontrol altına almaya çalışma, bırakma, azaltmaya yönelik başarısız girişimler
- ☐ İnternet kullanımının tamamen kesilmesi veya azaltıldığı durumlarda huzursuzluk, gerginlik, kızgınlık, çökkünlük gibi durumların hissedilmesi
- ☐ Planlanandan daha uzun süre internette vakit harcamak
- ☐ Aşırı internet kullanımı sebebiyle okul, iş, aile, sosyal çevre ve arkadaşlarla problemler yaşama, mesleki kariyer ve eğitimle ilgili önemli fırsatları riske atma ya da kaybetme
- ☐ Başka bireylere internette kalma süresiyle ilgili yalan söylemek
- ☐ İnterneti sorunlardan kaçmak ya da olumsuz duygudurumdan kurtulmak için kullanmak

Young, yukarıda bulunan tanı ölçütlerinden beş tanesine uyan bireylerin internet bağımlısı olduğunu ifade eder.

2.2.2.5. İnternet Bağımlılığı Tedavisi

İnternet bağımlılığının spesifik bir tedavisi bulunmamaktadır. Yaygın olarak kullanılan psikolojik tedavi modaliteleri vardır. Bunlar; Bireysel, grup veya aile terapisi, Davranış değişikliği, Diyalektik Davranışçı Terapi, Bilişsel Davranışçı Terapi, Sanat Terapisi, Rekreasyon Terapisi, Gerçeklik Terapisi gibi terapi çeşitlerini içermektedir [75].

Tedavide farmakolojik yaklaşımlar olarak antidepresanlar (essitalopram, sitalopram, bupropion) , atipik antipsikotikler (ketiapin, olanzapin), nalterakson, metilfenidat, memantin gibi birçok ajan kullanılmaktadır [76].

2.2.3. Kompulsif Satın Alma

2.2.3.1. Kompulsif Satın Alma Tanımı ve Tarihçesi

Kompulsif satın alma davranışı, ilk kez Kraepelin ve Bleuler tarafından 20.yy başlarında klinik anlamda bir rahatsızlık olarak tanımlanmıştır [77]. Zamanla daha detaylı tanımlama ihtiyacı ortaya çıkmış ve konu üzerine yoğunlaşmıştır. Kompulsif satın almayı bireyin yoğun olarak satın alma dürtüsü hissettiği ve bunu engelleyemediği için zamanla finansal ve sosyal açıdan olumsuz durumlarla karşılaştığı bir davranış olarak tanımlamıştır [78]. Görece olarak normal sınırlarda alışveriş yapanlarla kıyaslandığında satın alma eyleminin doğurduğu olumsuz sonuçlar, yoğunluk ve sıklık seviyelerinde belirgin farklar olduğu gözlenmektedir. Çünkü zamanla herkes için lüks kategorisine girebilecek ürünleri bile ihtiyaç olarak nitelendirmekte ve onlara karşı büyük bir satın alma arzusu duyulmaktadır [79].

2.2.3.2. Epidemiyoloji

Kompulsif satın alma davranışına dair yeterli sayıda sistematik çalışma olmaması ve tanı ölçütlerinin bulunmaması nedeniyle epidemiyolojisi hakkında tam olarak bilgi sahibi olunamamaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu verileri, ülkemizde 16-74 yaş arasındaki kişilerin 2016 yılında %20.9 olan internetten alışveriş oranının 2017 yılında %24.9'a yükseldiğini saptamıştır. Yapılan bir araştırmada ülkemizde en sık rastlanan dürtü kontrol bozukluğunun kompulsif satın alma davranışı olduğu belirlenmiştir [80].

Kompulsif satın alma davranışının başlangıç yaşının genel olarak 17.5 ile 30 yaş arasında olduğu saptanmıştır[81]. Cinsiyet farkına yönelik birçok çalışmada kadınlarda erkeklerden daha fazla kompulsif satın alma davranışı sergilediği gözlenmiştir [82][83].

Bu bilgiler doğrultusunda, epidemiyolojinin çevrimiçi alışverişler için de geçerli olabileceği düşünülse de Manchiraju, Sadachar ve Ridgway (2016) tarafından yapılan deneysel bir çalışmada bu durum tersine erkeklerin kadınlardan daha sık internetten alışveriş yaptığı görülmüştür [84]. Bu bulgular doğrultusunda kompulsif çevrimiçi satın alma davranışının cinsiyet dağılımı hakkında ipucu sunmakla birlikte, genelleme yapılabilmesi için çok daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

2.2.3.3. Etiyoloji

Kompulsif satın alma davranışının etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Yaygın görüşler gelişimsel, nörobiyolojik ve kültürel faktörler üzerinde durmuştur. Genel anlamda bu davranışın anksiyete, madde kullanımı ve yeme bozuklukları gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla da komorbidite gösterdiği düşünülmektedir [85].

Kişinin aile hayatı, çevresel koşulları, bilişsel durumu ve obsesif düşünce yapısının bu bozukluğu tetikleyebileceği üzerinde durulmaktadır [79]. Yapılan araştırmalarda olumsuz yaşam olaylarının tekrarlayıcı kompulsif satın alma davranışına neden olduğu görülmüştür [86]. Kompulsif satın alma davranışı psikanalitik teorilerle açıklanmaya çalışılmıştır. Derin çatışmaların varlığı, erken dönem yaşamsal olaylar, istikrarlı içsel öz-imge ve kısır olma kaygısının bulunmaması (özellikle kadınlarda), zorunlu satın alma davranışına neden olan faktörler olarak görülmüştür [87].

Özetleyecek olursak; kompulsif satın alma davranışında etiyolojik faktörler açısından birçok farklı türden açıklama bulunmaktadır. Bu doğrultuda kesin bir bilginin varlığından söz etmenin şu aşamada erken olduğu düşünülmüştür.

2.2.3.4. Tanı ve Klinik Özellikler

Kompulsif satın alma; bireysel ve ailesel sorunlara ön ayak olan, tekrarlayan, dürtüsel ve gereğinden fazla alışveriş yapma olarak ifade edilmiştir [88]. Kompulsif satın alma işleminden sonra birey yüksek miktarda harcama yaptığından mali kriz dönemine girer. Hastaların çoğu, yapılan alışveriş öncesi

onları tetikleyen bir istek, dayanılmaz bir arzu ve hızlı bir şekilde artış gösteren bir gerginlik duygusuna kapıldıklarını ifade eder. Bu duyguyu sadece satın alarak ve alışveriş yaparak giderebildiklerini ifade etmişlerdir. Bireylerin yaklaşık üçte ikisi kapıldıkları bu düşünce ve arzuları oldukça rahatsız edici bir faktör olarak tanımlamakta ve bu faktörlere karşı koymaya çalışmaktadırlar [89][90].

Kompulsif satın alma davranışı DSM ve ICD sınıflandırmasına yer almadığı için ortada kesin tanı ölçütleri bulunmamaktadır. Yapılan bir araştırmada kompulsif alışveriş yapmaya yönelik şu tanı ölçütlerini önerilmiştir:

1.a. Oldukça dayanılmaz, rahatsızlık uyandıran ya da anlamlandırılmayan bir biçimde yaşanan satın alma çabaları ya da dürtülerinin bulunması.

1.b. İhtiyacı olmadığı halde kişinin sıklıkla eşya satın alması, maddi imkânlarının ötesinde fazla miktarda eşya ve benzeri şeyler satın almış olması ya da istediğinden daha uzun vakit alışveriş yapması durumunda uygun olmayan satın alma çabalarının olmuş olması veya bu yönde davranışları sergilemesi.

2. Bahsedilen durumun mesleki işlevlerde azalmaya, toplumsal ve ekonomik sorunlara neden olması.

3. Bahsedilen satın alma davranışının sadece manik ya da hipomanik dönemlerde ortaya çıkmış olmaması [81].

2.2.3.5. Kompulsif Satın Alma Davranışının Tedavisi

Kompulsif satın alma davranışının bu zamana kadar tanı ve tedavisi net bir şekilde tanımlanmamış olup; kendi kendine yardım grupları ve bilişsel davranışçı terapinin bu bozukluğa yardımcı olabildiği düşünülmüştür [91].

2.2.4. Egzersiz Bağımlılığı

2.2.4.1. Tanımı ve Tarihçesi

Kişinin zamanını bedensel aktivite ile geçirmeye aşırı istekli olması, engellenmesine rağmen kontrolsüzce aşırı fiziksel aktivitede bulunması egzersiz bağımlılığı olarak tanımlanabilir [92].

Bu durum 4 aşamada incelenmektedir; birinci aşamada birey formda kalmak ve eğlenmek için egzersiz yapmaktadır. İkinci aşamada risk

başlamaktadır, egzersiz yaparken kendini iyi hissettiğini fark eden kişi hayatındaki sorunlardan uzaklaşmak için egzersize yönelmektedir. Üçüncü aşamada, birey artık hayatını rijit egzersiz planlarına göre düzenlemeye başlamıştır. Sportif anlamda sakatlıklar ve sosyal problemler baş gösterebilir. Dördüncü aşamada ise birey artık bağımlı gibidir ve hayatı egzersiz planı üzerinde şekillenmektedir. Bütün olumsuz sonuçlarına rağmen birey kontrolsüz ve aşırı egzersiz yapmaya devam etmektedir [93].

Egzersiz bağımlılığı ilk kez koşucularda tespit edilmiştir. Bazı koşuculardaki davranışları tanımlamak için pozitif bağımlılık terimi kullanılmıştır. Glasser, davranışların kişinin kendisine zarar verici hale gelmesinin aksine bu davranışların ödüllendirilmesi ve onun için çabalanması gerektiğini vurgulamıştır. Aynı zamanda koşma ya da meditasyonla bile pozitif bağımlılığa ulaşılabileceğini ifade etmiştir [94].

Buna karşıt olarak ilk kez Morgan, pozitif bağımlılıkla ilgili farklı bir görüş ortaya çıkarmıştır. Yeni bir bakış açısı olarak negatif bağımlılık terimini tanımlamış ve bunun iki temel kriteri olduğunu ortaya çıkarmıştır. İlk olarak bağımlı insanların her gün egzersiz yapmaları gerektiğine ve günlük egzersiz olmaksızın yaşayamayacaklarına inandıklarını ifade etmiştir. İkinci olarak bireyler egzersiz yapmadığında bazı belirtilerden belirgin bir şekilde uzaklaştıklarını gözlemlemiştir. Morgan sigara ya da alkol bağımlılığı gibi diğer bağımlılık konularıyla egzersiz bağımlılığını kıyaslamıştır. Bu kıyaslamaya göre; “ilk uyarılar zararlı olarak algılanır, ancak zamanla tolerans geliştirip mutluluk verici hale gelmektedir, daha sonra olan mutluluk hissi başka şeylerden daha çok daha önemli hale gelir ve devam etmek için dozun artması gerekmektedir” görüşünü ortaya çıkarmıştır [95].

2.2.4.2. Epidemiyoloji

Birçok araştırma sonucunda egzersiz bağımlılığında cinsiyetler arasında belirgin bir fark gözlenmemiştir. 88 erkek ve 97 kadın katılımcı üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada egzersiz bağımlılığı ölçeği sonucunda egzersiz ve fiziksel aktivite sıklığı açısından cinsiyete bağlı herhangi bir fark bulunamamıştır [96].

Küçük yaşlarda spora başlayan katılımcıların ileri yaşlarda fiziksel aktivite yapmaya başlayan katılımcılara göre egzersiz bağımlılığı skorlarının ciddi anlamda yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır [97][98].

231 erkek ve 243 kadın toplam 474 lise öğrencisinden oluşan bir çalışmada kadın katılımcılar için sosyal fiziki kaygı ve beden ölçüleri (dış görünüm) memnuniyetinin önemli belirleyicisi olarak vücut kitle indeksinin olduğu bulunmuştur. Erkek katılımcılar için sosyal fiziki kaygı ve beden ölçüleri üzerinde en önemli belirleyicinin egzersiz davranışları olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak kadınlarda sosyal fiziki kaygı ve beden ölçülerinden memnuniyetsizliğin daha çok yüksek vücut kitle indeksi ile ilgili iken; erkeklerde ise en çok beden ölçülerindeki memnuniyetin ve düşük sosyal fiziki kaygının egzersiz davranışları ile ilgili olduğu sonucuna ulaşılmıştır [99].

2.2.4.3. Psikofizyolojik ve biyolojik belirleyiciler

Düzenli egzersiz yapan sporcular arasında sakatlanmalara rağmen egzersize devam edilmesi, egzersiz ile endojen opioid sistemi arasında ilişkiye dikkat çekmiştir [100][101]. Egzersiz ile birlikte sempatik sistemde uyarılma ortaya çıkmakta, hormonal ve nörotransmitter sistemleri aktive olmakta, egzersiz sonrasında ise uyarılma ve biyolojik belirleyiciler azalmakta ve birey tekrar egzersiz yapma ihtiyacı duymaktadır [101].

Duygudurum düzeyini yükseltme, düzenleme ve pozitif duygudurum yaratma amacı ile egzersiz yapılması ile egzersiz bağımlılığı arasında ilişki bulunmaktadır [102].

Egzersiz bağımlılığının da madde ilişkili bağımlılıklarda olduğu gibi dopamin ödül yolağı ile bağlantılı olduğunu söylemek olasıdır [103].

Egzersiz bağımlılığı olan bireylerin akut strese yanıtı olarak körleşmiş kardiyak ve tükürük kortizol reaksiyonu gösterdikleri bulunmuştur. Düşük veya körleşmiş kortizol reaktivasyonu madde bağımlılığında gözlenen bir laboratuvar bulgusu olarak dikkat çekmektedir. Egzersiz bağımlılarında da madde bağımlılığına benzer sonuçlar ortaya çıkmaktadır [104].

2.2.4.4. Egzersiz Bağımlılığı Ölçütleri

Egzersiz bağımlılığı ölçütleri için fiziksel, sosyal, psikolojik ve davranışsal alanlarda işlevselliğin kaybolması ve yoksunluk belirtilerinin bulunması önerilmiştir [105]. Egzersiz bağımlılığı ölçütleri aşağıda belirtilmiştir [105][106] :

A. İşlevsellikte bozulma: Bireyde aşağıdaki alanlardan en az iki tanesinde işlevsellik bozulmuştur.

1. Psikolojik: Egzersiz yapmak ile ilgili tekrarlayıcı intruzif düşünceler, egzersiz ile ilgili dikkat çekici düşünceler, anksiyete veya depresif belirtiler.
2. Sosyal ve mesleki: Bütün sosyal faaliyetlerde dikkat çekecek düzeyde egzersiz yapma, çalışmama.
3. Fiziksel: Bireyin sağlığını bozacak ya da yaralanmalara neden olacak şekilde egzersiz yapma, tıbbi olarak önerilmemesine rağmen egzersiz yapmaya devam etmek.
4. Davranışsal: Katı ve sterotipik davranış örüntüsü

B. Yoksunluk:

Birey aşağıdakilerden bir ya da daha fazlasını gösterir:

1. Egzersiz ile ilgili alışkanlıklarında aksama ya da değişiklik olmasıyla klinik olarak önemli ve olumsuz göstergelerin ortaya çıkması. Olumsuz göstergeler fiziksel, sosyal, psikolojik ya da davranışsal olabilir (ciddi düzeyde anksiyete veya depresif belirtiler, sosyal açıdan içe çekilme, kendine zarar verme gibi)
2. Egzersiz miktarını azaltma ya da kontrol etmede başarısız girişimlerin bulunması ve/veya sürekli uğraşlar.

2.2.4.5. Egzersiz Bağımlılığı Tedavi

Egzersiz bağımlılığı tedavisi için psikoterapi, psikoeğitim ve alternatif tedavi yöntemleri önerilmektedir. Özellikle bilişsel ve davranışsal yaklaşımlar tedavide önemli yer tutmaktadır [101][106].

Aşırı egzersizi önlemeye yönelik psikoeğitim programları, özgün bilişsel davranışçı terapi yöntemleri ve komorbiditeye yönelik ek yaklaşımlar bütüncül tedavi açısından önem teşkil etmektedir [103].

2.3. Bipolar Bozukluğun Davranışsal Bağımlılıklar ile İlişkisi

Geçmişte yapılan klinik ve epidemiyolojik çalışmalar davranışsal bağımlılıkların geniş bir psikiyatrik hastalık grubuyla ilişkili olduğunu göstermektedir [107][108]. Bipolar bozukluk ve davranışsal bağımlılık birlikteliğini açıklayan farklı görüşler mevcuttur. Bunlardan bir tanesi davranışsal bağımlılıkların bipolar bozukluğu tetikleyebileceği veya hastalığa yatkın hale getirebileceği yönündedir. Diğer bakış açısı ise bipolar bozukluğun ödüllendirici uyaranlara artan duyarlılık veya self medikasyon yoluyla davranışsal bağımlılığa yatkınlık oluşturabileceği yönündedir. Ayrıca bu iki bozukluk da emosyonel instabilite ve impulsivite gibi benzer özellikleri içermektedir [109][110].

BB yüksek dürtüsellik seviyesi ile klinik prezentasyon gösterebilir [111]. BB ayrıca diğer psikiyatrik hastalıklarla (anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, dikkat etksizliği ve hiperaktivite bozukluğu, kişilik bozuklukları gibi) yüksek düzeyde komorbidite gösterir [19][112].

Son yıllarda bağımlılık kavramı madde kullanımının ötesine geçerek davranışsal bağımlılıkları da içerecek şekilde genişletilmiştir. DB ve madde kullanım bozukluğunun (MKB) ortak biyolojik ve davranışsal özellikleri paylaşabileceğine dair bazı kanıtlar bulunmaktadır [108]. DB'ler, zamanla bağımlılık yapacak davranışlara dönüşebilen; dürtüsel ve kontrolsüz eylemlerin tekrar tekrar ortaya çıkması ile karakterizedir. Bu özellikleri dolayısıyla bazen yasal, ekonomik sonuçlarla birlikte psikolojik, sosyal ve çalışma sorunlarına neden olmaktadır [113]. DB'ler MKB'ye benzer olarak beynin ödül sisteminin nöral devrelerine etki eder. DB'si olan hastalar tıpkı MKB'li hastalar gibi bir davranış başlatmadan önce bir dürtü veya aşırma durumu bildirirler ve bu davranışlardan kaçınırlarken disforik bir ruh hali tarif ederler. Bununla birlikte, madde geri çekilmesinden farklı olarak, DB'li hastalarda fizyolojik olarak belirgin veya tıbbi açıdan ciddi çekilme durumları bildirilmemiştir [108].

Reaktivite(duygusal tepkisellik), stresin değerlendirilmesi, kullanılan başa çıkma stratejileri ve kişinin bildirdiği iyi olma hali veya kortizol seviyelerinin kişilerarası gerilim deneyimiyle ne ölçüde değiştiğini ifade eder. Bipolar duygudurum bozukluğu olan bireyler sıklıkla bağımlılık davranışları sergilerler ve mevcut semptom seviyelerinden bağımsız olarak sağlıklı kontrollere kıyasla daha

fazla duygusal tepkisellik sergilerler [114]. Şiddetli davranışsal eğilimler bozukluk olarak kabul edilebilir. Buradaki temel özellik, psikolojik, sosyal, mesleki, ekonomik sorunlara ve bazen yasal sonuçlara yol açan bir davranışın kontrolsüz olarak tekrarlayan bir şekilde ortaya çıkmasıdır. Bu sorunu açıklarken psikoaktif maddeler ya da belirli davranışların yol açtığı bağımlılığın neden olduğu söylenebilir. Bu davranışsal bağımlılıklar ödül mekanizmasının aktivasyonunu sağlamakta ve nörotransmitter sistemlerine çoklu müdahalesi yoluyla ortak nörobiyolojik mekanizmalar (ilk aşamada dopaminerjik, ikinci aşamada endojen opioid ve serotonerjik) aracılığıyla beyinde etki göstermektedirler [115]. Ayrıca duygudurum değişikliklerini de içeren klinik göstergeler, davranışsal bağımlılıklarla bütüncül bir süreç olarak düşünülebilir [116][117][118].

200 sağlıklı kontrol grubu ve 158 ötimik bipolar hastadan oluşan bir kesitsel çalışma; bipolar hastalarda davranışsal bağımlılığın yaygınlığını inceledi. Sonuçlar, bipolar hastaların (%33) sağlıklı kontrollere (%13) kıyasla daha yüksek davranışsal bağımlılık komorbidite oranları sunduğunu gösterdi. Bipolar bozukluğu olan hastalar arasında kompulsif satın alma (% 17) daha sık görüldü ve bunu iş/çalışma bağımlılığı (% 13), patolojik kumar oynama (% 7), kompulsif seksüel davranış (% 3) ve egzersiz bağımlılığı (% 4) izledi [109].

Davranışsal bağımlılıkla ilgili olarak yapılan başka bir çalışmada 50 bipolar bozukluk tip I hastası ile 50 sağlıklı kontrol karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada davranışsal bağımlılıklar zararlı bağımlılıklar (alkol, uyuşturucu, sigara ve kumar) ve iyi huylu bağımlılıklar (çikolata, kafein, egzersiz, alışveriş, internet, aşk ilişkileri, müzik ve iş) olmak üzere 2 farklı kategoriye ayrılmıştır. Bipolar bozukluklu hastalar, iki iyi huylu davranışsal bağımlılık (müzik ve alışveriş) ve sigara içme konusunda daha yüksek puanlar aldı. Kişilik özelliklerinin de incelendiği bu çalışmada her iki grupta da yenilik arayışının zararlı bağımlılıklarla pozitif olarak ilişkili olduğunu, işbirlikçiliğin ise zararlı bağımlılıklarla negatif ilişkili olduğunu gösterdi [110].

Yakın dönemde yapılan bir sistematik derlemeye göre; bipolar bozukluk ve davranışsal bağımlılık birlikte görülme oranı yüksek gibi görünmektedir. Bu grup hastalarda patolojik kumar oynama en yaygın olanıdır ve bunu kleptomani,

kompulsif satın alma, kompulsif seksüel davranış ve son olarak da internet bağımlılığı izlemektedir. Genel olarak davranışsal bağımlılığı olmayan hastalarla karşılaştırıldığında, eşzamanlı davranışsal bağımlılığı olan bipolar hastaların daha kötü prognoz ve daha şiddetli hastalık seyri, daha yüksek eksen I komorbidite oranları, artmış intihar düşüncesi ve davranışı, erken hastalık başlangıç yaşı ve daha yüksek düzeyde dürtüsellik saptanmıştır [119].



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklemen Oluşturulması

Çalışma süresince Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran DSM-V tanı ölçütlerine göre BB tanısı almış ötimik hastalardan, çalışma ölçütlerine uyan 60 hasta, aynı şekilde çalışma ölçütlerine uyan ve hasta gruplarıyla yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş sağlıklı bireylerden oluşan 60 kişi kontrol grubu olarak çalışmaya alınmıştır. Hastalar ve kontrol grubunu oluşturan bireyler çalışma ile ilgili ayrıntılı olarak bilgilendirilmiştir. Yazılı ve sözlü onamları alındı, “Bilgilendirilmiş Yazılı Onam Formu” imzalatıldı. Bilgilendirilmiş Yazılı Onam Formu ekte sunulmuştur.

3.1.1. Hasta gruplarının çalışmaya alınma ölçütleri

Bipolar bozukluk hasta grubu için çalışmaya alınma ölçütleri:

- DSM V tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk tanısı almış olmak
- DSM-V 'e göre başka psikiyatrik hastalığı bulunmaması (psikoz, anksiyete bozukluğu vs...)
- 18-65 yaş aralığında olmak
- Yazılı bilgilendirilmiş onam vermiş olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Bilişsel fonksiyonları etkileyecek herhangi bir nörolojik veya fizyolojik rahatsızlığı bulunmaması
- En az son üç aydır remisyonda olmak ve çalışma yapıldığı esnada Young Mani Derecelendirme Ölçeği ≤ 5 , Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ≤ 7 olması

Sağlıklı bireyler için çalışmaya alınma ölçütleri:

- DSM V tanı ölçütlerine göre herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunmaması
- 18-65 yaş aralığında olmak
- Yazılı bilgilendirilmiş onam vermiş olmak

- En az ilkokul mezunu olmak
- Bilişsel fonksiyonları etkileyecek herhangi bir nörolojik ve kardiyolojik bir rahatsızlığı bulunmamak

3.1.2. Hasta ve kontroller için çalışmadan dışlanma ölçütleri:

- 18 yaş altı ve 65 yaş üstünde olmak
- Katılımcıların zihinsel gelişim geriliğinin olması
- Katılımcıların testleri doldurma ve anlamada engeli olması
- Katılımcıların ciddi fiziksel veya nörolojik hastalığı olması
- Katılımcıların çalışmadan vazgeçmesi
- Katılımcıların DSM-V tanı sınıflandırma sistemine göre başka psikiyatrik hastalıklarının bulunması
- Bipolar tanıli hastaların, hastalığının aktif döneminde olması (mani/hipomani veya depresyon)

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmanın özellikleri göz önünde bulundurularak bireylerin klinik ve sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi edinmek amacıyla çalışmayı yürüten tarafından oluşturulmuş bir formdur. Formda bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitimi, mesleği, sosyoekonomik düzeyi, çocukluk çağı travmaları, ilk hastalık yaşı, geçirilen manik epizod sayısı, geçirilen depresif epizod sayısı, geçirilen karma epizod sayısı, geçirilen toplam epizod sayısı, toplam hastalık süresi, hastanede yatış sayısı, özkıyım öyküsü, alkol madde kullanım öyküsü, birinci dereceden akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü ve kullandığı ilaçlar gibi maddelere yer almıştır.

3.2.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

Depresyonun şiddetini derecelendirmek amacıyla en sık kullanılan ölçek Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğidir [120]. Tanı koymak amacı ile

değil; depresyonun şiddetini belirlemek, klinik seyrini izlemek amacıyla kullanılır. Max Hamilton tarafından 1960 yılında hazırlanan özgün ölçek 17 madde içermektedir. Her madde için 0-4 arası puanlar verilmektedir. En yüksek puan 53'tür. Sonraki dönemde HAM-D'nin değerlendiriciler arası güvenilirliğini geliştirmek üzere 21 maddelik yeni bir uyarlaması Williams tarafından geliştirildi [121]. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır [122].

3.2.3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

1978 yılında Young ve arkadaşları tarafından maninin şiddetini ve seyrini ölçmeye yönelik olarak geliştirilmiştir. Klinisyen tarafından uygulanır; her madde için 5 şiddet derecesi ölçen ve toplam 11 maddeden oluşan bir ölçektir [123]. Karadağ ve arkadaşları tarafından Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır [124].

3.2.4. South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT)

Hastanın kendisi tarafından doldurulan 26 sorudan oluşan bir testtir [125]. Patolojik kumar oynama davranışının değerlendirilmesinde ve sıklığının belirlenmesinde kullanılmaktadır. Duvarcı ve arkadaşları Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini yapmıştır [126]. SOKTT Türkçe Formu yapılan çalışmalar sonrası kesme noktası 8 puan olarak belirlenmiştir. Türkçe Formu 19 maddelik bir ölçek halini almıştır.

3.2.5. Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği (KÇSA)

Bergen Alışveriş Bağımlılığı Ölçeği'nin internet üzerinden çevrimiçi alışverişlere göre uyarlanmış bir halidir. Bu çalışmada kompulsif çevrimiçi alışveriş davranışlarını ölçmeyi amaçlayan bu ölçüm aracının, Türkçe geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır [127].

Orijinal halinde kompulsif alışveriş yapmayı ölçen bu ölçeğe 'çevrimiçi' ibaresi eklenmesiyle internet üzerinden yapılan kompulsif alışverişlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Toplam 28 sorudan oluşan bu ölçekte 5'li likert

ölçek tipi kullanılmıştır. Ölçekte yer alan maddelere verilen yanıtlar (0= Kesinlikle Katılmıyorum, 7= Kesinlikle Katılıyorum) şeklinde sıralanmıştır. Ruh halinde değişim, tolerans gelişimi, çatışma, tekrarlama, geri çekilme ve problem boyutlarını ölçen bu ölçekte bireylerin çevrimiçi alışverişlerinin kompulsif olup olmadığını saptamak amacıyla kullanılmaktadır. Ölçekte 0-112 puan arasında alınabilmektedir. Puanın yüksekliği, kişilerin çevrimiçi kompulsif satın alma düzeyinin arttığını göstermektedir [128].

3.2.6. Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği (EBÖ)

Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği, Heather A. Hausenblas (2002) ve Daniel Symons Downs tarafından geliştirilmiştir [129]. Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliliği yapılmıştır. Ölçeğin puanlamasına göre, “1-17 normal grup, 18-34 az risk altındaki grup, 35-51 orta düzey risk grubu, 52-69 bağımlı olan grup, 70-85 yüksek düzeyde bağımlı olan grup” olarak değerlendirilmektedir [130].

3.2.7. İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ)

Hahn ve Jerusalem [131] tarafından kişinin internet bağımlılığı düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Şahin ve Korkmaz tarafından Türkçeye uyarlanan ölçekte 19 madde yer almaktadır.

Ölçekten toplam puan olarak 19 ila 95 arası puan alınabilir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması bağımlılık düzeyinin yüksekliğine işaret etmektedir [132].

3.3. Yöntem

Çalışma için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı alınmıştır. Çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde yapılmıştır. BB nedeniyle takip edilmekte ötimik dönemde 60 hasta ve hastalarla sosyodemografik olarak eşleştirilmiş 60 sağlıklı kontrol çalışmaya alınmıştır.

Bireyler araştırma hakkında detaylı olarak bilgilendirildi. Her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışmaya katılmaktan çalışmanın herhangi bir aşamasında

vazgeçebileceği, çalışmaya katılmama ya da çalışmaya katılmaktan vazgeçme nedeni ile tedavi programında herhangi bir etkilenme olmayacağı bireylere anlatıldı. Gönüllü onam formu imzalatılmıştır.

Çalışmaya katılan bipolar bozukluk tanısı olan kişilerin her biri ile toplamda bir defa psikiyatrik görüşme yapılmıştır. Sosyodemografik verilerin kaydedilmesi ve klinik durumun saptanması amacıyla Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır. Bipolar bozukluklu hastalarda ötimi ölçütleri olarak son üç aydır iyilik halinde olma ve ölçekler uygulandığı esnada Young Mani Derecelendirme Ölçeğinden de 5 puan ve altı, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinden 7 puan ve altı alması şartı aranmıştır. Ayrıca ötimik bipolar hastalarda davranışsal bağımlılık sıklığını araştırmak amacı ile hastalara South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT), Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği (KÇSA), Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği (EBÖ), İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ) uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan; yaş, cinsiyet, eğitim süresi ve diğer sosyodemografik özellikler açısından hasta grubu ile benzer olan 60 sağlıklı kontrol grubu ise hastane personeli ve yakınlarından oluşturulmuştur. Araştırma hakkında sözel ve yazılı olarak bilgi verilmiştir. Yazılı onamları alınmıştır. Sağlıklı kontrol grubuna sosyodemografik verilerin kaydedilmesi amacıyla Sosyodemografik Veri Formu ve davranışsal bağımlılık sıklığını araştırmak amacı ile South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT), Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği (KÇSA), Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği (EBÖ), İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ) uygulanmıştır.

3.4. İstatistiksel analiz

Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Sürekli değişkenlerin gruplar arası analizinde Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi ile normallik analizleri yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerin 3 grup ve üzeri analizlerinde Kruskal Wallis testi, iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uyan verilerin iki grup arasındaki karşılaştırmaları T Testi ile yapılmıştır.

Kategorik verilerin karşılaştırmasında ise Ki-Kare Testi (gerekli olduğu durumlarda Fisher'in Kesin Testi) kullanılmıştır. Ölçekler arası doğrusal ilişki Pearson Korelasyon Testi kullanılarak yapılmıştır. Analizler IBM SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı) versiyon 24.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.



4.BULGULAR

Grupların yaş ortalamaları ($37,40 \pm 12,08$ vs $41,25 \pm 12,46$) ve öğrenim süresi ortalamaları ($13,11 \pm 4,31$ vs $12,29 \pm 4,06$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (sırasıyla $p=0.088$ ve $p=0.336$). Hasta grubunda yer alanların %56.7'si kadın, %43.8'i lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip, %43.3'ü evli, %5.0'i bir doğum öyküsüne sahip, %26.7'sinin ek hastalık varlığı var iken, kontrol grubunda yer alanların %60.0'ı kadın, %44.8'i lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip, %26.7'ü evli, %7.0'si bir doğum öyküsüne sahip ve %26.7'sinin ek hastalık varlığı vardı ($p>0.05$). Hasta grubunda çalışıyor olanların yüzdesi %36.7 iken kontrol grubunda bu oran %70.7 düzeyinde idi ($p=0.001$). Bununla birlikte, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanların yüzdesi hasta grubunda (%50.8), kontrol grubuna göre (%22.0) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edildi ($p=0.001$). (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Gruplara ait bazı sosyodemografik ve klinik özellikler

	Hasta grubu (n=60)	Kontrol grubu (n=60)	<i>p</i>
Yaş (yıl) (Ort±Ss)	37,40±12,08	41,25±12,46	0.088*
Öğrenim süresi (yıl) (Ort±Ss)	13,11±4,31	12,29±4,06	0.336*
Cinsiyet (n,%)			0.711**
Kadın	34 (56.7)	36 (60.0)	
Erkek	26 (43.3)	24 (40.0)	
Öğrenim düzeyi (n,%)			0.707**
İlköğretim	8 (13.3)	11 (19.0)	
Lise	23 (38.3)	21 (36.2)	
Lisans ve üzeri	29 (43.8)	26 (44.8)	

Çizelge 4.1.Devam Gruplara ait bazı sosyodemografik ve klinik özellikler

Çalışma durumu (n,%)			0.001**
Çalışıyor	22 (36.7)	41 (70.7)	
Öğrenci/emekli	16 (26.7)	9 (15.5)	
Çalışmıyor/işsiz	22 (36.7)	8 (13.8)	
Medeni durum (n,%)			0.146**
Evli	26 (43.3)	16 (26.7)	
Bekar	29 (48.3)	39 (65.0)	
Ayrılmış	5 (8.3)	5 (8.3)	
Ailede psikiyatrik hastalık (n,%)			0.001**
Yok	29 (49.2)	46 (78.0)	
Var	30 (50.8)	13 (22.0)	
Doğum öyküsü (n,%)			0.712** ^a
Yok	57 (95.0)	53 (93.0)	
Var	3 (5.0)	4 (7.0)	
Ek hastalık varlığı (n,%)			1.000**
Yok	44 (73.3)	44 (73.3)	
Var	16 (26.7)	16 (26.7)	
* T testi			
** Ki-kare Testi (^a Fisher'in Kesin Testi)			

Çalışma kapsamında incelenen ötimik bipolar bozukluk tanılı hasta grubunun hastalık süresi ortalaması $13,18 \pm 8,94$ yıl iken, ortalama epizod süresi $6,29 \pm 5,26$ hafta idi. Remisyon süresi median değeri 2 (1-21) yıl, toplam epizod sayısı median değeri 4 (1-50), hastaneye yatış sayısı median değeri ise 1 (0-15) idi. İlk hastalık epizodu en sık mani (%61.7), daha sonra sırasıyla depresyon (%31.6), karma (%5.0) ve hipomani (%1.7) şeklindeydi. Hastaların %46.7'sinde (n=28) “şiddetli düzeyde”, %45.0'inde “orta düzeyde”, %8.3'ünde ise “hafif düzeyde” bir epizod şiddeti olduğu tespit edildi (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Hasta grubunun hastalığa ait bazı klinik özellikleri

	Hasta grubu (n=60)
Hastalık süresi (yıl) (Ort±Ss)	13,18±8,94
Remisyon süresi (yıl) [Median (min.-maks.)]	2 (1-21)
Epizod sayısı (mani) [Median (min.-maks.)]	2 (0-20)
Epizod sayısı (karma) [Median (min.-maks.)]	0 (0-8)
Epizod sayısı (hipomani) [Median (min.-maks.)]	0 (0-10)
Epizod sayısı (depresyon) [Median (min.-maks.)]	2 (0-20)
Epizod sayısı (toplam) [Median (min.-maks.)]	4 (1-50)
Ortalama epizod süresi (hafta) (Ort±Ss)	6,29±5,26
Hastaneye yatış sayısı [Median (min.-maks.)]	1 (0-15)
İlk hastalık epizodu (n,%)	
Mani	37 (61.7)
Depresyon	19 (31.6)
Karma	3 (5.0)
Hipomani	1 (1.7)
Epizod şiddeti (n,%)	
Hafif	5 (8.3)
Orta	27 (45.0)
Şiddetli	28 (46.7)
Toplam	60 (100.0)

Çalışma kapsamında incelenen hasta grubunun %41.7'sinin psikotik özellik, %11.7'sinin atipik depresyon, %25.0'inin melankolik özellik gösterdiği, buna karşın sadece %1.7'sinin ise katatonik özellik gösterdiği tespit edildi. Psikotik özellik gösteren 25 hastanın 21'i (%84.0) duygudurum ile uyumlu idi. Hastaların %90.0'ında (n=54) epizodlar arası tam düzelme görülürken, %38.3'ünde (n=23) kronik gidiş söz konusu idi. Hastaların %13.3'ünde hızlı döngülülük, %25.0'inde intihar girişimi olduğu saptandı. Kullandığı ilaçlara dair bağımlılık yaptığına inanış hastaların %3.3'ünde, kısırlık %1.6'sında, stigmatizasyon ise %6.7'sinde mevcuttu. (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Hasta grubunun hastalık semptomlarına ait bazı klinik özellikleri

	Hasta grubu (n=60)
Katatonik özellik (n,%)	
Yok	59 (98.3)
Var	1 (1.7)
Melankolik özellik (n,%)	
Yok	45 (75.0)
Var	15 (25.0)
Atipik depresyon (n,%)	
Yok	53 (88.3)
Var	7 (11.7)
Psikotik özellik (n,%)	
Yok	35 (58.3)
Var	25 (41.7)
Psikotik özellik şekli (n,%)	
Duygudurum ile uyumlu	21 (35.0)
Duygudurum ile uyumlu	4 (6.7)
Kayıp veri (*cevap vermeyen)	25 (41.7)

Çizelge 4.4.Devam Hasta grubunun hastalık semptomlarına ait bazı klinik özellikleri

Epizod arası tam düzelme (n,%)	
Yok	3 (5.0)
Var	54 (90.0)
Kayıp veri (*cevap vermeyen)	3 (5.0)
Kronik gidiş (n,%)	
Yok	37 (61.7)
Var	23 (38.3)
Hızlı döngülülük (n,%)	
Yok	52 (86.7)
Var	8 (13.3)
İntihar girişimi (n,%)	
Yok	45 (75.0)
Var	15 (25.0)
Bağımlılık yapar (n,%)	
Yok	54 (90.0)
Var	2 (3.3)
Kayıp veri (*cevap vermeyen)	4 (6.7)
Kısırlık yapar (n,%)	
Yok	55 (91.7)
Var	1 (1.6)
Kayıp veri (*cevap vermeyen)	4 (6.7)
Stigmatizasyon (n,%)	
Yok	51 (85.0)
Var	4 (6.7)
Kayıp veri (*cevap vermeyen)	5 (8.3)
Toplam	60 (100.0)

ÖLÇEK PUANLARININ HASTA VE KONTROL GRUPLARI ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI

South Oaks Kumar Tarama Testi puan ortalamalarının hasta grubunda ($0,88 \pm 1,94$), kontrol grubuna göre ($0,60 \pm 0,94$) yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p=0.816$). İnternet Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının hasta grubunda ($33,06 \pm 14,93$), kontrol grubuna göre ($30,36 \pm 12,55$) yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p=0.478$). Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının hasta grubunda ($39,20 \pm 14,20$), kontrol grubuna göre ($40,16 \pm 10,94$) düşük olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p=0.677$). Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği puan ortalamalarının hasta grubunda ($13,81 \pm 16,92$), kontrol grubuna göre ($19,06 \pm 16,98$) düşük olduğu, aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (**$p=0.044$**) (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.5. Grupların South Oaks Kumar Tarama Testi, İnternet Bağımlılık Ölçeği, Egzersiz Bağımlılık Ölçeği ve Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği puan ortalamaları açısından karşılaştırılması

	Hasta grubu (Ort $\pm$ Ss) (n=60)	Kontrol grubu (Ort $\pm$ Ss) (n=60)	<i>p</i>
South Oaks Kumar Tarama Testi	$0,88 \pm 1,94$	$0,60 \pm 0,94$	0.816*
İnternet Bağımlılık Ölçeği	$33,06 \pm 14,93$	$30,36 \pm 12,55$	0.478*
Egzersiz Bağımlılık Ölçeği	$39,20 \pm 14,20$	$40,16 \pm 10,94$	0.677**
Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği	$13,81 \pm 16,92$	$19,06 \pm 16,98$	0.044*
* Mann Whitney U Testi			
** T testi			

ÖLÇEK PUANLARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE ÇAPRAZ KARŞILAŞTIRMALARI

SOUTH OAKS KUMAR TARAMA TESTİ

South Oaks Kumar Tarama Testi puan ortalamaları hasta ve kontrol grubunda ayrı ayrı karşılaştırıldığında; hasta grubunda 40 yaş üzeri, 12 yıl ve altında öğrenim düzeyine sahip, erkek, ilköğretim mezunu, çalışan statüsünde, evli, ailede psikiyatrik hastalığı bulunmayan ve ek hastalığı bulunan kişilerde daha yüksek bulunurken, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubunda ise South Oaks Kumar Tarama Testi puan ortalamaları 40 yaş üzeri, 12 yıl üzeri öğrenim düzeyine sahip, erkek, lisans ve üzeri mezunu, çalışan statüsünde, ayrılmış, ailede psikiyatrik hastalığı bulunan ve ek hastalığı bulunmayan kişilerde daha yüksek bulunurken, sadece 12 yıl üzeri öğrenim düzeyine sahip olanlarda ($1,00\pm1,00$ vs $0,33\pm0,63$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymuştur ($p=0.006$). (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.6. Grupların South Oaks Kumar Tarama Testi puan ortalamaları açısından karşılaştırılması

	South Oaks Kumar Tarama Testi					
	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş			0.500*			0.898*
≤40 yaş	37	0,64±1,35		30	0,33±0,63	
>40 yaş	23	1,26±2,61		30	1,00±1,00	
Öğrenim süresi			0.641*			0.006*
≤12 yıl	28	1,35±2,64		24	0,33±0,63	
>12 yıl	24	0,50±0,78		23	1,00±1,00	

Çizelge 4.7.Devam Grupların South Oaks Kumar Tarama Testi puan ortalamaları açısından karşılaştırılması

Cinsiyet			0.244*			0.657*
Kadın	34	0,64±1,61		24	0,55±0,90	
Erkek	26	1,19±2,29		23	0,66±1,00	
Öğrenim düzeyi			0.893**			0.055**
İlköğretim	8	1,75±3,49		11	0,27±0,64	
Lise	23	1,04±2,18		21	0,33±0,57	
Lisans ve üzeri	29	0,51±0,87		26	0,84±1,00	
Çalışma durumu			0.931**			0.129**
Çalışıyor	22	1,00±2,00		41	0,73±1,02	
Öğrenci/emekli	16	0,75±1,61		9	0,11±0,33	
Çalışmıyor/işsiz	22	0,86±2,16		8	0,50±0,92	
Medeni durum			0.102**			0.643**
Evli	26	1,42±2,59		16	0,62±1,14	
Bekar	29	0,51±1,18		39	0,56±0,88	
Ayrılmış	5	0,20±0,44		5	0,80±0,83	
Ailede psikiyatrik hst.			0.669**			0.509*
Yok	29	0,93±1,99		46	0,52±0,86	
Var	30	0,86±1,94		13	0,61±0,76	
Doğum öyküsü			0.206**			0.589*
Normal	57	0,92±1,98		53	0,58±0,94	
Sezaryen	3	0,00±0,00		4	0,75±0,95	
Ek hastalık varlığı			0.737**			0.095*
Yok	44	0,84±1,91		44	0,70±1,00	
Var	16	1,00±2,06		16	0,31±0,70	
* Mann Whitney U Testi						
** Kruskal Wallis Testi						

İNTERNET BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ

İnternet Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları hasta ve kontrol grubunda ayrı ayrı karşılaştırıldığında; hasta grubunda 40 yaş ve altı, 12 yıl ve altında öğrenim düzeyine sahip, erkek, lise mezunu, öğrenci/emekli statüsünde, evli, ailede psikiyatrik hastalığı bulunan, sezaryen doğum öyküsüne sahip ve ek hastalığı bulunan kişilerde daha yüksek bulunurken, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Kontrol grubunda ise İnternet Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının 40 yaş ve altı, 12 yıl üzeri öğrenim düzeyine sahip, erkek, ilköğretim mezunu, çalışan statüsünde, evli, ailede psikiyatrik hastalığı bulunmayan ve ek hastalığı bulunmayan kişilerde daha yüksek bulunurken, yine bu farklar da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.8. Grupların İnternet Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları açısından karşılaştırılması

	İnternet Bağımlılığı Ölçeği					
	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş			0.076*			0.075*
≤40 yaş	37	34,86±14,32		30	33,76±14,58	
>40 yaş	23	30,17±15,76		30	26,96±9,17	
Öğrenim süresi			0.116*			0.608*
≤12 yıl	28	36,96±17,83		24	30,04±12,80	
>12 yıl	24	29,37±11,81		23	31,86±13,02	
Cinsiyet			0.964*			0.177*
Kadın	34	32,76±14,44		24	28,22±11,10	
Erkek	26	33,46±15,83		23	33,58±14,09	

Çizelge 4.9.Devam Grupların İnternet Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları açısından karşılaştırılması

Öğrenim düzeyi			0.375**			0.838**
İlköğretim	8	30,37±14,09		11	32,45±14,38	
Lise	23	37,43±18,49		21	28,66±11,61	
Lisans ve üzeri	29	30,34±11,23		26	31,61±12,94	
Çalışma durumu			0.774**			0.515**
Çalışıyor	22	34,22±15,62		41	31,36±13,30	
Öğrenci/emekli	16	34,31±16,42		9	27,55±12,28	
Çalışmıyor/işsiz	22	31,00±13,52		8	26,37±6,88	
Medeni durum			0.722**			0.199**
Evli	26	35,73±17,28		16	36,81±16,62	
Bekar	29	31,24±12,31		39	27,61±9,76	
Ayrılmış	5	29,80±16,66		5	31,20±11,96	
Ailede psikiyatrik hst.			0.368**			0.532*
Yok	29	29,75±10,43		46	30,84±12,62	
Var	30	36,23±18,09		13	29,38±12,95	
Doğum öyküsü			0.669**			0.718*
Normal	57	33,00±15,18		53	29,98±11,98	
Sezaryen	3	34,33±11,01		4	34,75±16,68	
Ek hastalık varlığı			0.256**			0.360*
Yok	44	31,63±14,23		44	31,20±12,99	
Var	16	37,00±16,56		16	28,06±11,34	
* Mann Whitney U Testi						
** Kruskal Wallis Testi						

EGZERSİZ BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ

Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları hasta ve kontrol grubunda ayrı ayrı karşılaştırıldığında; hasta grubunda 40 yaş üzeri, 12 yıl ve altında öğrenim düzeyine sahip, erkek, lisans ve üzeri mezunu, çalışan statüsünde, ayrılmış, ailede psikiyatrik hastalığı bulunmayan, sezaryen doğum öyküsüne sahip ve ek hastalığı bulunmayan kişilerde daha yüksek bulunurken, sadece ailede psikiyatrik hastalığı bulunmayanlarda bulunanlara göre ($42,20 \pm 11,02$ vs $36,70 \pm 16,51$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymuştur ($p=0.044$). Kontrol grubunda ise Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları 40 yaş ve altı, 12 yıl üzeri öğrenim düzeyine sahip, erkek, lisans ve üzeri mezunu, çalışan statüsünde, ayrılmış, ailede psikiyatrik hastalığı bulunan, normal doğum öyküsüne sahip ve ek hastalığı bulunan kişilerde daha yüksek bulunurken, farklar ≤ 40 yaşa sahip olanlarda >40 yaşa göre ($42,93 \pm 11,67$ vs $37,40 \pm 9,57$) ve çalışanlarda, öğrenci emekli ve çalışmayanlara göre ($42,14 \pm 10,52$ vs $37,00 \pm 10,72$ vs $31,37 \pm 9,22$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0.030$ ve $p=0.030$) (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.10. Grupların Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları açısından karşılaştırılması

	Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği					
	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş			0.345*			0.030*
≤40 yaş	37	37,59±11,41		30	42,93±11,67	
>40 yaş	23	41,78±17,79		30	37,40±9,57	
Öğrenim süresi			0.403*			0.670*
≤12 yıl	28	36,85±13,99		24	38,79±13,32	
>12 yıl	24	40,95±13,46		23	41,30±8,93	

Çizelge 4.11.Devam Grupların Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları açısından karşılaştırılması

Cinsiyet			0.105*			0.204*
Kadın	34	36,32±11,69		24	38,77±9,76	
Erkek	26	42,96±16,42		23	42,25±12,43	
Öğrenim düzeyi			0.322**			0.474**
İlköğretim	8	39,62±13,74		11	35,54±14,35	
Lise	23	35,47±13,57		21	41,19±9,90	
Lisans ve üzeri	29	42,03±14,61		26	41,57±8,82	
Çalışma durumu			0.637**			0.030**
Çalışıyor	22	40,86±12,63		41	42,14±10,52	
Öğrenci/emekli	16	38,18±13,83		9	37,00±10,72	
Çalışmıyor/işsiz	22	38,27±16,31		8	31,37±9,22	
Medeni durum			0.590**			0.466**
Evli	26	38,73±16,37		16	40,06±11,67	
Bekar	29	39,00±13,24		39	39,46±11,01	
Ayrılmış	5	42,80±7,46		5	46,00±7,44	
Ailede psikiyatrik hst.			0.044**			0.777*
Yok	29	42,20±11,02		46	39,60±11,07	
Var	30	36,70±16,51		13	40,92±10,29	
Doğum öyküsü			0.209**			0.696*
Normal	57	38,78±14,41		53	40,01±11,36	
Sezaryen	3	47,00±6,55		4	39,00±5,59	
Ek hastalık varlığı			0.770**			0.867*
Yok	44	39,38±13,18		44	40,13±11,11	
Var	16	38,68±17,18		16	40,25±10,81	
* Mann Whitney U Testi						
** Kruskal Wallis Testi						

KOMPULSİF ÇEVİRİMİÇİ SATIN ALMA ÖLÇEĞİ

Kompulsif Çevirimiçi Satın Alma Ölçeği puan ortalamaları hasta ve kontrol grubunda ayrı ayrı karşılaştırıldığında; hasta grubunda 40 yaş ve altı, 12 yıl ve altında öğrenim düzeyine sahip, kadın, lise mezunu, çalışan ve çalışmayan statüsünde, ayrılmış, ailede psikiyatrik hastalığı bulunan, sezaryen doğum öyküsüne sahip ve ek hastalığı bulunan kişilerde daha yüksek bulunurken, sadece kadınlarda erkeklere göre (16,20±14,44 vs 10,69±19,55) istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymuştur ($p=0.033$). Kontrol grubunda ise Kompulsif Çevirimiçi Satın Alma Ölçeği puan ortalamaları 40 yaş ve altı, 12 yıl üzeri öğrenim düzeyine sahip, kadın, lisans ve üzeri mezunu, çalışan statüsünde, ayrılmış, ailede psikiyatrik hastalığı bulunmayan, normal doğum öyküsüne sahip ve ek hastalığı bulunan kişilerde daha yüksek bulunurken, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.12. Grupların Kompulsif Çevirimiçi Satın Alma Ölçeği puan ortalamaları açısından karşılaştırılması

Kompulsif Çevirimiçi Satın Alma Ölçeği						
	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş			0.156*			0.258*
≤40 yaş	37	14,97±14,36		30	22,16±19,64	
>40 yaş	23	11,95±20,59		30	15,96±13,46	
Öğrenim süresi			0.683*			0.353*
≤12 yıl	28	16,89±20,69		24	16,62±15,39	
>12 yıl	24	12,50±13,11		23	21,91±20,30	
Cinsiyet			0.033**			0.144**
Kadın	34	16,20±14,44		24	21,08±16,47	
Erkek	26	10,69±19,55		23	16,04±17,64	

Çizelge 4.13.Devam Grupların Kompulsif Çevirimiçi Satın Alma Ölçeği puan ortalamaları açısından karşılaştırılması

Öğrenim düzeyi			0.732**			0.324**
İlköğretim	8	14,87±20,07		11	16,54±12,08	
Lise	23	16,65±20,63		21	15,42±15,47	
Lisans ve üzeri	29	11,27±12,42		26	23,07±19,88	
Çalışma durumu			0.421**			0.136**
Çalışıyor	22	16,00±21,31		41	21,85±18,74	
Öğrenci/emekli	16	7,68±9,63		9	10,77±10,18	
Çalışmıyor/işsiz	22	16,09±15,64		8	12,50±10,52	
Medeni durum			0.383**			0.099**
Evli	26	12,57±19,76		16	24,68±24,61	
Bekar	29	14,58±14,36		39	15,58±13,11	
Ayrılmış	5	15,80±17,81		5	28,20±1,48	
Ailede psikiyatrik hst.			0.389**			0.345*
Yok	29	11,31±13,88		46	20,28±17,81	
Var	30	15,33±19,02		13	15,38±14,22	
Doğum öyküsü			0.222**			0.461*
Normal	57	13,43±17,24		53	19,15±17,04	
Sezaryen	3	21,00±6,24		4	14,75±19,22	
Ek hastalık varlığı			0.623**			0.314*
Yok	44	12,38±13,70		44	18,50±18,40	
Var	16	17,75±23,76		16	20,62±12,68	
* Mann Whitney U Testi						
** Kruskal Wallis Testi						

HASTALARA UYGULANAN HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAM-D) VE YOUNG MANİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YMDÖ)

PUANLARININ ORTALAMALARI

Hasta grubunda Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) puan ortalaması $2,41 \pm 2,45$ iken, Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) puan ortalaması ise $0,66 \pm 1,21$ olarak bulunmuştur (Çizelge 4.9.).

Çizelge 4.14. Hastaların HAM-D ve YMDÖ puan ortalamaları

	Hasta grubu (Ort±Ss) (n=60)
Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)	$2,41 \pm 2,45$
Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ)	$0,66 \pm 1,21$
* Mann Whitney U Testi ** T testi	

HASTALARA UYGULANAN HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAM-D) VE YOUNG MANİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YMDÖ) PUANLARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE ÇAPRAZ KARŞILAŞTIRMALARI

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAM-D)

Hasta grubunda Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) puan ortalamaları sosyodemografik verilerle ayrı ayrı karşılaştırıldığında; 40 yaş üzeri, 12 yıl ve altında öğrenim düzeyine sahip, kadın, ilköğretim mezunu, öğrenci/emekli statüsünde, ayrılmış, ailede psikiyatrik hastalığı bulunan ve ek hastalığı bulunan kişilerde daha yüksek bulunurken, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.15. Hasta grubunda Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) puan ortalamaları sosyodemografik verilerle karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p
Yaş			0.267*
≤40 yaş	37	2,13±2,43	
>40 yaş	23	2,86±2,47	
Öğrenim süresi			0.463*
≤12 yıl	28	2,60±2,58	
>12 yıl	24	2,16±2,47	
Cinsiyet			0.594*
Kadın	34	2,55±2,71	
Erkek	26	2,23±2,12	
Öğrenim düzeyi			0.162**
İlköğretim	8	3,87±2,23	
Lise	23	2,39±2,53	
Lisans ve üzeri	29	2,03±2,38	
Çalışma durumu			0.712**
Çalışıyor	22	2,13±2,14	
Öğrenci/emekli	16	2,87±2,80	
Çalışmıyor/işsiz	22	2,36±2,55	
Medeni durum			0.190**
Evli	26	1,80±2,20	
Bekar	29	2,82±2,56	
Ayrılmış	5	3,20±2,86	
Ailede psikiyatrik hst.			0.817*
Yok	29	2,20±2,09	
Var	30	2,56±2,81	
Doğum öyküsü			0.630*
Normal	57	2,45±2,45	
Sezaryen	3	1,66±2,88	

Çizelge 4.16.Devam Hasta grubunda Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) puan ortalamaları sosyodemografik verilerle karşılaştırılması

Ek hastalık varlığı			0.104*
Yok	44	2,11±2,55	
Var	16	3,25±2,01	
* Mann Whitney U Testi			
** Kruskal Wallis Testi			

YOUNG MANİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YMDÖ)

Hasta grubunda Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) puan ortalamaları sosyodemografik verilerle ayrı ayrı karşılaştırıldığında; 40 yaş üzeri, 12 yıl ve altında öğrenim düzeyine sahip, erkek, ilköğretim mezunu, öğrenci/emekli statüsünde, evli, ailede psikiyatrik hastalığı bulunmayan ve ek hastalığı bulunan kişilerde daha yüksek bulunurken, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.17. Hasta grubunda Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) puan ortalamaları sosyodemografik verilerle karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	<i>p</i>
Yaş			0.768*
≤40 yaş	37	0,64±1,20	
>40 yaş	23	0,69±1,25	
Öğrenim süresi			0.474*
≤12 yıl	28	0,64±1,12	
>12 yıl	24	0,91±1,44	
Cinsiyet			0.574*
Kadın	34	0,58±1,20	
Erkek	26	0,76±1,24	

Çizelge 4.18.Devam Hasta grubunda Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) puan ortalamaları sosyodemografik verilerle karşılaştırılması

Öğrenim düzeyi			0.850**
İlköğretim	8	1,00±1,60	
Lise	23	0,52±0,89	
Lisans ve üzeri	29	0,68±1,33	
Çalışma durumu			0.560**
Çalışıyor	22	0,72±1,12	
Öğrenci/emekli	16	0,75±1,43	
Çalışmıyor/işsiz	22	0,54±1,18	
Medeni durum			0.803**
Evli	26	0,84±1,43	
Bekar	29	0,48±0,87	
Ayrılmış	5	0,80±1,78	
Ailede psikiyatrik hst.			0.714*
Yok	29	0,72±1,33	
Var	30	0,63±1,12	
Doğum öyküsü			0.885*
Normal	57	0,68±1,24	
Sezaryen	3	0,33±0,57	
Ek hastalık varlığı			0.291*
Yok	44	0,81±1,36	
Var	16	0,25±0,44	
* Mann Whitney U Testi			
** Kruskal Wallis Testi			

HAM-D ve YMDÖ PUANLARININ KORELASYONU

HAM-D ve YMDÖ puanları ile hastanede yatış sayısı arasında pozitif yönde, önemsiz veya düşük orta derecede önemli, istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir korelasyon saptandı (sırasıyla $p=0.098$, $r = 0.217$, $p=0.071$, $r = 0.237$). HAM-D ve YMDÖ puanları ile toplam epizod sayısı arasında pozitif yönde, düşük orta derecede önemli, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptandı (sırasıyla $p=0.013$, $r = 0.323$, $p=0.032$, $r = 0.279$). (Çizelge 4.12).

Çizelge 4.19. HAM-D ve YMDÖ puanlarının hastalık süresi (yıl), hastaneye yatış sayısı, ortalama epizod süresi (hafta), toplam epizod sayısı, remisyon süresi (yıl) ile korelasyonu

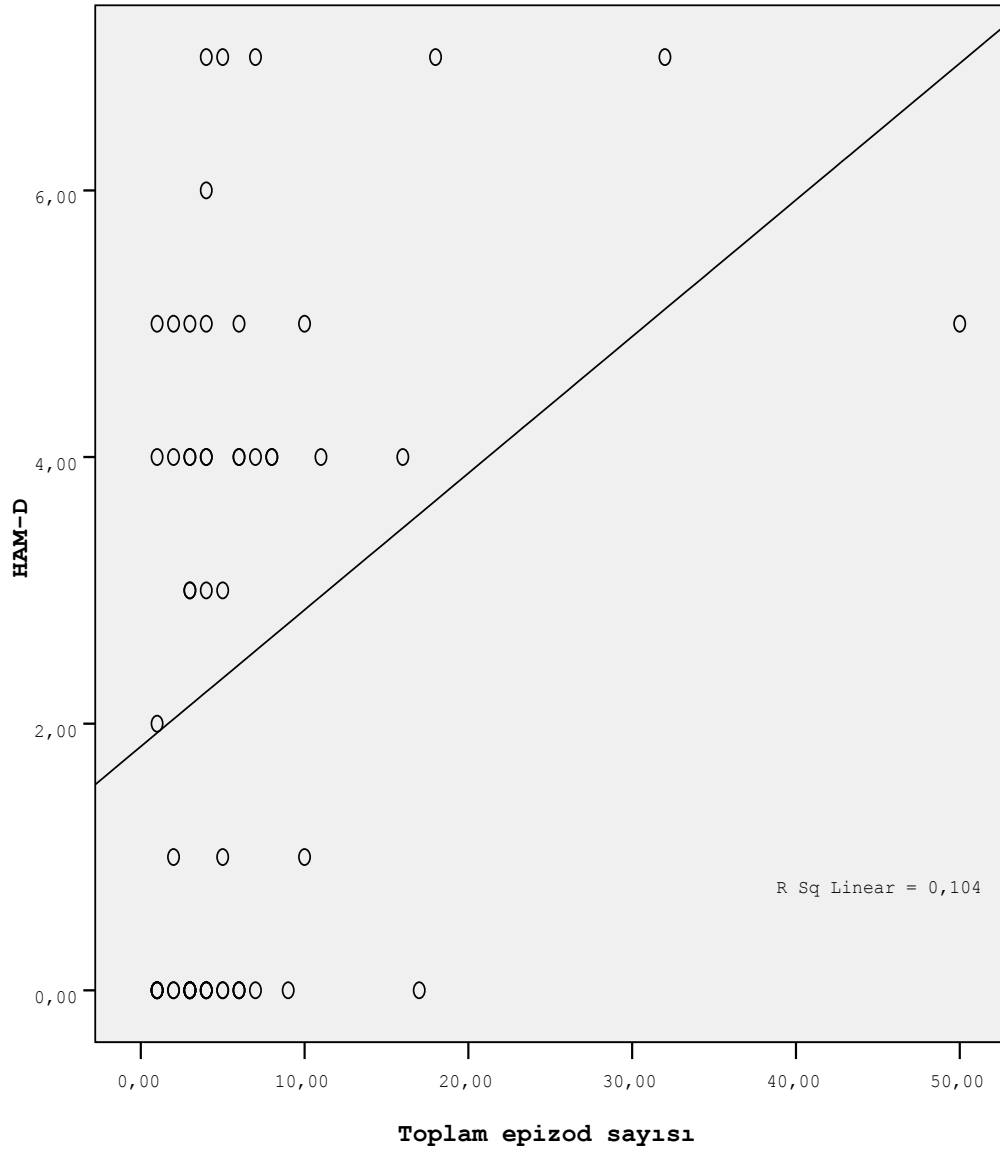
		HAM-D	YMDÖ
Hastalık süresi (yıl)	Korelasyon katsayısı (r)	,199	,065
	<i>p</i>	,127	,622
	N	60	60
Hastaneye yatış sayısı	Korelasyon katsayısı (r)	,217	,237
	<i>p</i>	,098	,071
	N	59	59
Ortalama epizod süresi (hafta)	Korelasyon katsayısı (r)	-,052	,126
	<i>p</i>	,715	,379
	N	51	51
Toplam epizod sayısı	Korelasyon katsayısı (r)	,323(*)	,279(*)
	<i>p</i>	,013	,032
	N	59	59

Çizelge 4.20.Devam HAM-D ve YMDÖ puanlarının hastalık süresi (yıl), hastaneye yatış sayısı, ortalama epizod süresi (hafta), toplam epizod sayısı, remisyon süresi (yıl) ile korelasyonu

Remisyon süresi (yıl)	Korelasyon katsayısı (r)	-,034	-,083
	p	,815	,569
	N	50	50

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



Şekil 4.1. HAM-D puanlarının toplam epizod sayısı ile korelasyonu

**HASTALARA UYGULANAN HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ
(HAM-D) VE YOUNG MANİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YMDÖ)
PUANLARININ BAZI KLİNİK ÖZELLİKLERE GÖRE ÇAPRAZ
KARŞILAŞTIRMALARI**

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAM-D)

Hasta grubunda Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) puan ortalamaları bazı klinik verilerle ayrı ayrı karşılaştırıldığında; ilk hastalık epizodu karma olan, epizod şiddeti hafif olan, melankolik özelliği olan, atipik depresyonu olan, psikotik özelliği olan, epizod arası tam düzelme olan, kronik gidiş olan, hızlı döngülülük yaşayan, intihar girişimi olan, ilaçlara dair bağımlılık ve stigmatizasyon yanlış inanışlarına sahip olan kişilerde daha yüksek bulunurken, farklar psikotik özelliği olanlarda olmayanlara göre ($3,48 \pm 2,18$ vs $1,65 \pm 2,38$) ve intihar girişimi olanlarda olmayanlara göre ($4,93 \pm 1,33$ vs $1,57 \pm 2,15$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0.003$ ve $p<0.001$) (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.21. Hasta grubunda Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) puan ortalamaları bazı klinik verilerle karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort $\pm$ Ss)	<i>p</i>
İlk hastalık epizodu			0.594**
Mani	37	2,27 $\pm$ 2,53	
Karma	3	3,66 $\pm$ 0,57	
Hipomani	1	0,00 $\pm$ 0,00	
Depresyon	19	2,63 $\pm$ 2,49	
Epizod şiddeti			0.097**
Hafif	5	4,00 $\pm$ 2,64	
Orta	27	1,78 $\pm$ 2,22	
Şiddetli	28	2,75 $\pm$ 2,53	

Çizelge 4.22.Devam Hasta grubunda Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) puan ortalamaları bazı klinik verilerle karşılaştırılması

Melankolik özellik			0.384*
Yok	45	2,24±2,50	
Var	15	2,93±2,31	
Atipik depresyon			0.307*
Yok	53	2,28±2,43	
Var	7	3,42±2,57	
Psikotik özellik			0.003*
Yok	35	1,65±2,38	
Var	25	3,48±2,18	
Epizod arası tam düzelme			0.186*
Yok	3	2,24±2,50	
Var	54	2,93±2,31	
Kronik gidiş			0.502*
Yok	37	2,24±2,43	
Var	23	2,69±2,53	
Hızlı döngülülük			0.201*
Yok	52	2,25±2,44	
Var	8	3,50±2,39	
İntihar girişimi			<0.001*
Yok	45	1,57±2,15	
Var	15	4,93±1,33	
Bağımlılık yapar			0.143*
Yok	54	2,33±2,44	
Var	2	5,50±2,12	
Stigmatizasyon			0.071*
Yok	51	2,25±2,52	
Var	4	4,50±0,57	

Çizelge 4.23.Devam Hasta grubunda Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) puan ortalamaları bazı klinik verilerle karşılaştırılması

* Mann Whitney U Testi

** Kruskal Wallis Testi

YOUNG MANİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YMDÖ)

Hasta grubunda Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) puan ortalamaları sosyodemografik verilerle ayrı ayrı karşılaştırıldığında; ilk hastalık epizodu mani olan, epizod şiddeti “şiddetli” olan, melankolik özelliği olmayan, atipik depresyonu olmayan, psikotik özelliği olan, epizod arası tam düzelme olmayan, kronik gidiş olan, hızlı döngülülük yaşayan, intihar girişimi olan, ilaçlara dair yanlış inanış olarak bağımlılık yapmayan, stigmatizasyonu olan kişilerde daha yüksek bulunurken, farklar epizod şiddeti “şiddetli” olanlarda şiddeti “orta” ve “hafif” olanlara göre ($1,00\pm1,38$ vs $0,44\pm1,05$ vs $0,00\pm0,00$), psikotik özelliği olanlarda olmayanlara göre ($1,16\pm1,43$ vs $0,31\pm0,90$) ve hızlı döngülülük yaşayanlarda yaşamayanlara göre ($1,50\pm1,60$ vs $0,53\pm1,11$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0.023$, $p=0.001$ ve $p=0.008$) (Çizelge 4.14).

Çizelge 4.24. Hasta grubunda Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) puan ortalamaları sosyodemografik verilerle karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p
İlk hastalık epizodu			0.453**
Mani	37	0,83±1,40	
Karma	3	0,66±0,57	
Hipomani	1	0,00±0,00	
Depresyon	19	0,36±0,83	

Çizelge 4.25.Devam Hasta grubunda Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) puan ortalamaları sosyodemografik verilerle karşılaştırılması

Epizod şiddeti			0.023**
Hafif	5	0,00±0,00	
Orta	27	0,44±1,05	
Şiddetli	28	1,00±1,38	
Melankolik özellik			0.449*
Yok	45	0,77±1,34	
Var	15	0,33±0,61	
Atipik depresyon			0.922*
Yok	53	0,62±1,11	
Var	7	1,00±1,91	
Psikotik özellik			0.001*
Yok	35	0,31±0,90	
Var	25	1,16±1,43	
Epizod arası tam düzelme			0.165*
Yok	3	2,00±2,64	
Var	54	0,62±1,12	
Kronik gidiş			0.100*
Yok	37	0,45±0,98	
Var	23	1,00±1,47	
Hızlı döngülülük			0.008*
Yok	52	0,53±1,11	
Var	8	1,50±1,60	
İntihar girişi			0.093*
Yok	45	0,57±1,15	
Var	15	0,93±1,38	
Bağımlılık yapar			0.355*
Yok	54	0,66±1,22	
Var	2	0,00±0,00	

Çizelge 4.26.Devam Hasta grubunda Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) puan ortalamaları sosyodemografik verilerle karşılaştırılması

Stigmatizasyon			0.103*
Yok	51	0,54±1,18	
Var	4	1,50±1,29	
* Mann Whitney U Testi			
** Kruskal Wallis Testi			

ÖLÇEKLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Hasta grubunda İnternet Bağımlılık Ölçeği ile Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği puanları arasında pozitif yönde, orta-iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptandı (sırasıyla **r=0.580**, **p<0.001**) (Çizelge 4.15).

Çizelge 4.27. Hasta grubunda South Oaks Kumar Tarama Testi, İnternet Bağımlılık Ölçeği, Egzersiz Bağımlılık Ölçeği ile Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği puanları arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)

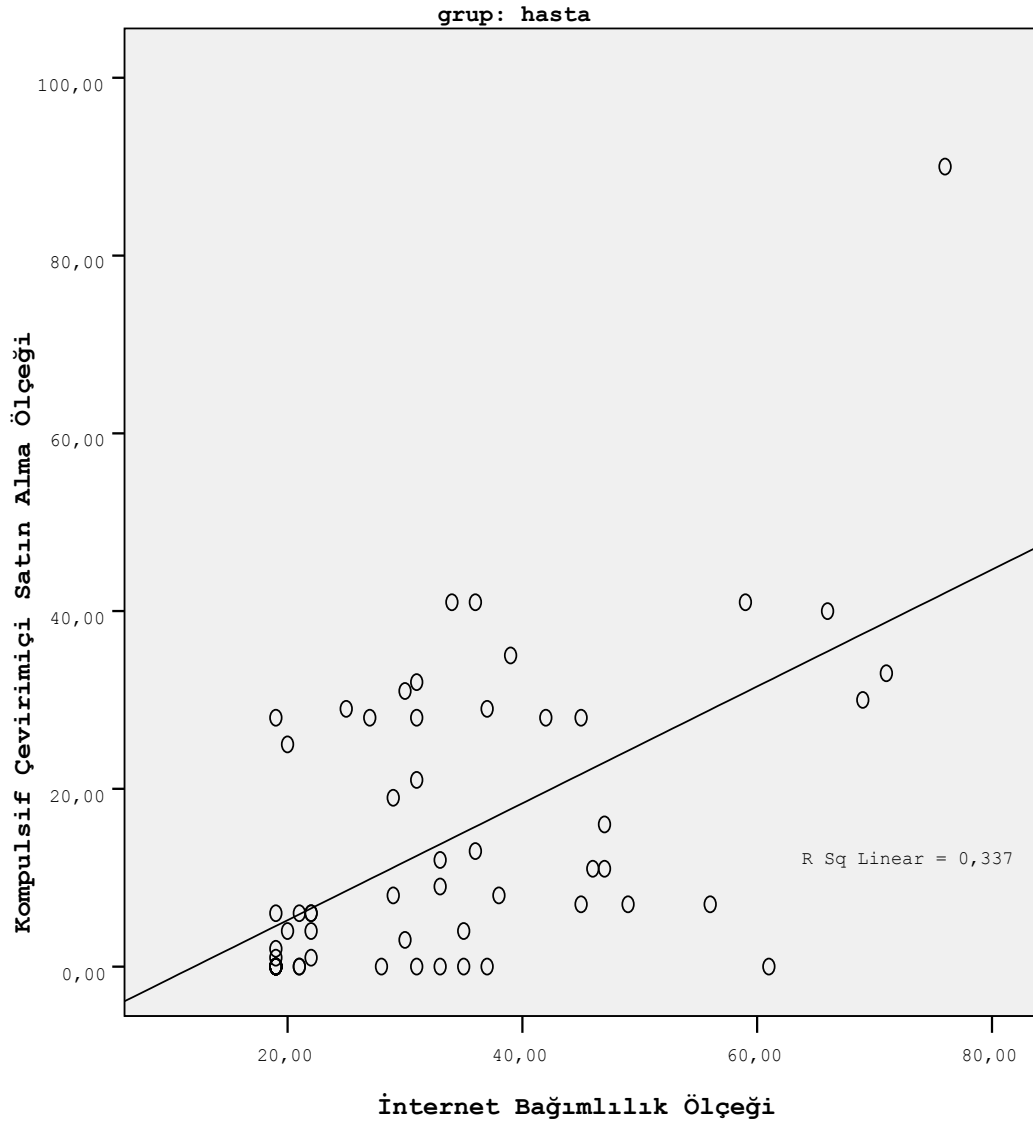
		South Oaks Kumar Tarama Testi	İnternet Bağımlılık Ölçeği	Egzersiz Bağımlılık Ölçeği
İnternet Bağımlılık Ölçeği	Korelasyon katsayısı (r)	0.176		
	p	0.179		
	N	60		
Egzersiz Bağımlılık Ölçeği	Korelasyon katsayısı (r)	-0.031	-0.161	
	p	0.813	0.219	
	N	60	60	

Çizelge 4.28.Devam Hasta grubunda South Oaks Kumar Tarama Testi, İnternet Bağımlılık Ölçeği, Egzersiz Bağımlılık Ölçeği ile Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği puanları arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)

Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği	Korelasyon katsayısı (r)	0.026	0.580(**)	-0.221
	p	0.843	<0.001	0.090
	N	60	60	60

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a grup = hasta



Şekil 4.3. Hasta grubunda İnternet Bağımlılık Ölçeği ile Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği arasındaki korelasyon

Kontrol grubunda South Oaks Kumar Tarama Testi ile Egzersiz Bağımlılık Ölçeği puanları arasında pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptandı (sırasıyla $r=0.286$, $p=0.027$) (Çizelge 4.16).

Kontrol grubunda South Oaks Kumar Tarama Testi ile Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği puanları arasında pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptandı (sırasıyla $r=0.297$, $p=0.021$) (Çizelge 4.16).

Kontrol grubunda İnternet Bağımlılık Ölçeği ile Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği puanları arasında pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptandı (sırasıyla $r=0.399$, $p=0.002$) (Çizelge 4.16).

Çizelge 4.29. Kontrol grubunda South Oaks Kumar Tarama Testi, İnternet Bağımlılık Ölçeği, Egzersiz Bağımlılık Ölçeği ile Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği puanları arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)

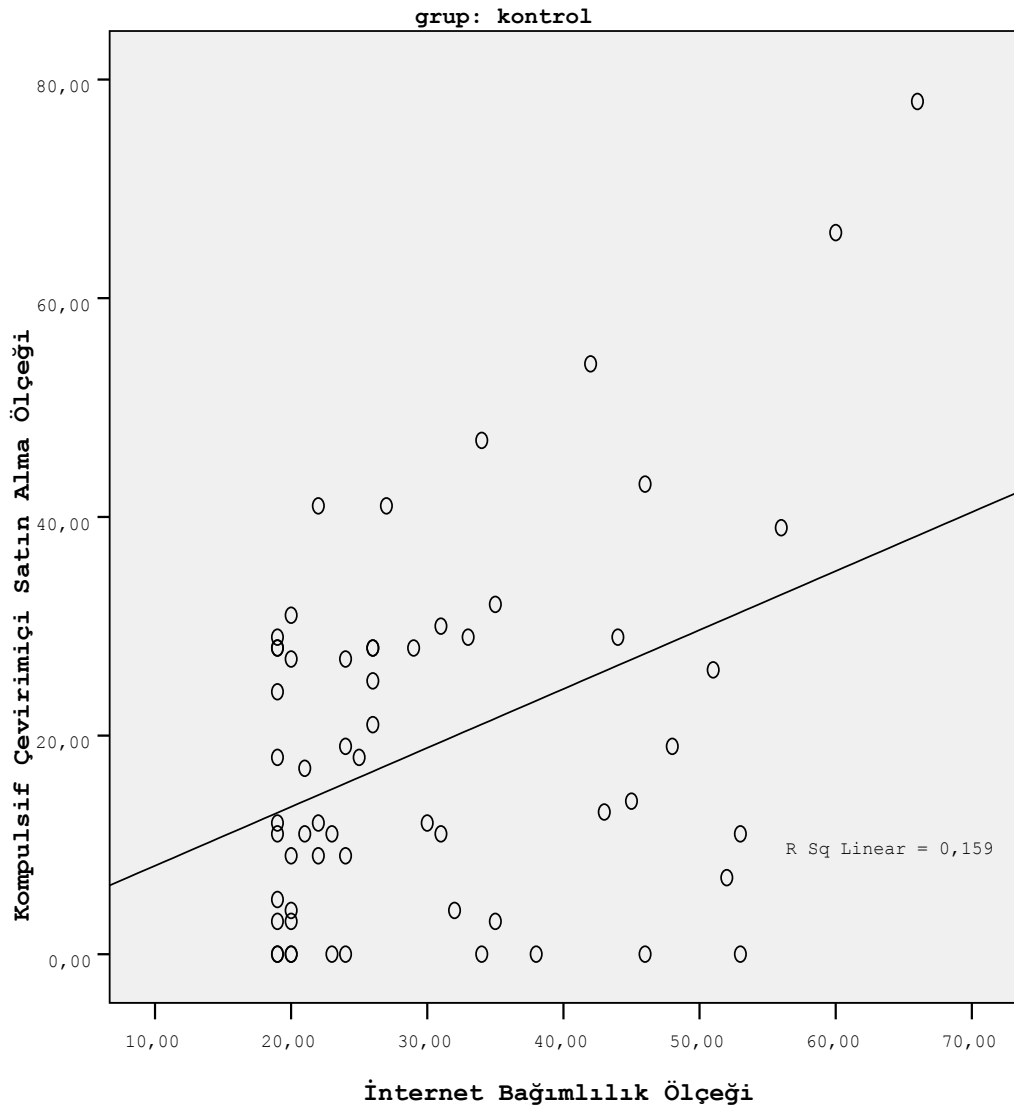
		South Oaks Kumar Tarama Testi	İnternet Bağımlılık Ölçeği	Egzersiz Bağımlılık Ölçeği
İnternet Bağımlılık Ölçeği	Korelasyon katsayısı (r)	0.215		
	<i>p</i>	0.100		
	N	60		
Egzersiz Bağımlılık Ölçeği	Korelasyon katsayısı (r)	0.286(*)	0.130	
	<i>p</i>	0.027	0.322	
	N	60	60	

Çizelge 4.30.Devam Kontrol grubunda South Oaks Kumar Tarama Testi, İnternet Bağımlılık Ölçeği, Egzersiz Bağımlılık Ölçeği ile Kompulsif Çevirimiçi Satın Alma Ölçeği puanları arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)

Kompulsif Çevirimiçi Satın Alma Ölçeği	Korelasyon katsayısı (r)	0.297(*)	0.399(**)	0.098
	p	0.021	0.002	0.457
	N	60	60	60

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a grup = hasta



Şekil 4.4. Hasta grubunda İnternet Bağımlılık Ölçeği ile Kompulsif Çevirimiçi Satın Alma Ölçeği arasındaki korelasyon

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda ötimik dönemdeki bipolar bozukluklu hastalar, sağlıklı kontroller ile davranışsal bağımlılıklar açısından kıyaslanmıştır. Davranışsal bağımlılıklardan kumar, internet, online alışveriş ve egzersiz bağımlılıkları hedef alınmıştır. Çalışmamız sonucunda South Oaks Kumar Tarama Testi puanlarının ötimik bipolar hasta grubunda kontrol grubuna göre yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Kontrol grubunda ise South Oaks Kumar Tarama Testi puanları 40 yaş üzeri, 12 yıl üzeri öğrenim düzeyine sahip, erkek, lisans ve üzeri mezunu, çalışan statüsünde, ayrılmış, ailede psikiyatrik hastalığı bulunan ve ek hastalığı bulunmayan kişilerde daha yüksek bulunurken, sadece 12 yıl üzeri öğrenim düzeyine sahip olanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymuştur. 12 yıl ve üzeri öğrenim görmüş sağlıklı kontrol grubundaki erkeklerin kumar bağımlılığı açısından daha büyük risk altında olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Bu durum literatürdeki diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir. Çok sayıda uluslararası araştırma, kumar oynama bozukluğu olanların üniversite eğitimi olmayanlar ve liseyi terk edenler arasında yoğunlaşma eğiliminde olduğunu ortaya koyarken, birkaç çalışma daha yüksek kumar harcamaları ile düşük eğitim seviyeleri arasında korelasyon olduğunu göstermiştir [133]. Çalışmamızda eğitim seviyesi yüksek kişilerde daha yüksek kumar tarama testi sonuçlarının, eğitilmiş kişilerde de kumar oynama bozukluğunun önemli bir sorun olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bugüne kadar, bipolar bozukluklu hastalarda kumar oynama bozukluğunun yaygınlığı ve ilişkili özellikleri hakkında bilgi veren nispeten az sayıda popülasyona dayalı epidemiyolojik çalışma vardır. KOB örneklem çalışmaları ile ilgili olarak, KOB hastalarının sağlıklı kontrollere göre önemli ölçüde daha fazla eksen I bozukluğuna sahip olduğunu ve daha yüksek seviyede BB komorbidite oranları (% 12.6) olduğu bulunmuştur [134]. Genel popülasyon (% 2.0) ve majör depresif hastalar (% 2.5) ile karşılaştırıldığında, KOB'nin prevalansı denekler arasında önemli ölçüde daha yüksektir (% 6,3) [135]. 2012 yılında yayınlanan, 5 farklı çalışmadan oluşan meta-analizde ötimik bipolar tip 1 hastalar ve sağlıklı kontrollere Iowa kumar testi uygulanmış; sonuç olarak ötimik

bipolar tip 1 hastalar sağlıklı kontrollere göre daha fazla riskli davranış sergiledikleri gösterilmiştir [136].

Geçmişte yapılan bir çalışmada bipolar bozukluklu hasta grubunu içeren bir örnekleme hastaların %33'ü en az bir davranışsal bağımlılık bildirirken, sağlıklı kontrol grubunda bu oran %13 olarak bildirilmiştir; bipolar bozukluğa sahip hastalar ayrıca patolojik kumar oynama, kompulsif satın alma, cinsel bağımlılık ve iş bağımlılığı ölçeklerinde kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar bildirmiştir. Kompulsif satın alma, bu çalışmada en çok temsil edilen davranışsal bağımlılık alt tipi idi. Kompulsif satın alma davranışının bipolar bozukluğu olan hastaların % 17'si için bir komorbiditeye neden olmaktadır. Ayrıca diğer DB'den özellikle patolojik kumar, seks ve internet bağımlılıkları ile güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiştir. [109].

Tez çalışmamızda İnternet Bağımlılığı Ölçeği puanlarının hasta grubunda, kontrol grubuna göre yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Literatüre baktığımızda ötimik bipolar bozukluklu hastalarla sağlıklı kontrolleri internet bağımlılığı üzerinden kıyaslayan bir araştırma bulunmamakla beraber, az sayıda çalışma bipolar spektrum bozuklukları ve internet bağımlılığı arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Erken dönemde yapılan bir araştırmada Shapira, Goldsmith, Keck, Khosla ve McElroy (2000), internet bağımlılığından bulunan hastaların % 55'inin Bipolar I bozukluk kriterlerini karşıladığını bulmuştur [137]. Benzer şekilde, Bernardi ve Pallanti (2009) internet bağımlılığı için tedavi edilen 15 hastadan ikisinin hipomaniden muzdarip olduğunu bulmuşlardır [138]. Problematik internet kullanımı nedeni ile tedavi arayışında olan 368 katılımcı üzerinden Duygudurum Bozuklukları Anketi taranarak yapılan bir çalışmada İnternet bağımlılığı kriterlerini karşılayan hastalarda (% 30.9), aşırı internet kullanıcılarına (% 5.6) göre bipolar spektrum bozuklukları daha sık eşlik ettiği bulunmuştur. Bu alt grup, madde kullanım bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve kişilik bozuklukları dahil olmak üzere, artan psikopatolojik semptomlar göstermiştir [139]. Ötimik bipolar bozukluklu hastalar ve sağlıklı bireylerin internet kullanımı arasındaki ilişkinin yönü daha fazla çalışma sayesinde daha iyi aydınlatılacaktır. Prospektif, geniş örneklem grubu içeren ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Yapmış olduğumuz çalışmada Kompulsif Çevirimiçi Satın Alma Ölçeği puanlarının hasta grubunda, kontrol grubuna göre düşük olduğu, aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi. 2011 yılında 100 bipolar bozukluklu hasta, 100 sağlıklı kontrol üzerinde yapılan bir araştırmada bipolar bozukluklu hasta popülasyonunun %8' inde kompulsif satın alma davranışı gözlenmiştir [140]. Bu durum genel popülasyon için bildirilen sıklıktan yüksektir. Önceki bir çalışmada genel popülasyonda kompulsif satın almanın yaygınlığı % 3,1 olarak bildirilmiştir [141].

Yine aynı çalışmada bipolar bozukluklu hastaların kompulsif satın alma puanları sağlıklı kontrollerden daha yüksektir [140]. Bizim çalışmamızda Kompulsif Çevirimiçi Satın Alma Ölçeği puan ortalamaları hasta ve kontrol grubunda ayrı ayrı karşılaştırıldığında; hasta grubunda 40 yaş ve altı, 12 yıl ve altında öğrenim düzeyine sahip, kadın, lise mezunu, çalışan ve çalışmayan statüsünde, ayrılmış, ailede psikiyatrik hastalığı bulunan, sezaryen doğum öyküsüne sahip ve ek hastalığı bulunan kişilerde daha yüksek bulunurken, sadece kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymuştur. Bu bulgumuzu destekleyen farklı çalışmalarda da kompulsif satın alma davranışı kadınlar arasında daha sık gözlenmektedir [140][142]. Çalışmamız diğer çalışmalardan önemli farklılıklar göstermektedir. Literatüre baktığımızda ötimik bipolar bozukluklu hastalarda çevirimiçi kompulsif satın alma davranışını araştıran ilk çalışma olmakla beraber; kompulsif satın alma davranışının hasta grubunda sağlıklı kontrollere göre daha düşük puanlar alması takip ettiğimiz bipolar hastaların ilaç medikasyonu ve psikoterapi yöntemleri ile stabil ve ötimik halde olması, özelleşmiş bir poliklinik olan duygudurum polikliniğimizde önemli ölçüde psikoeğitim almış olmaları ve kullandığı ilaçların kan düzeyinin sık aralıklarla takip edilmesi gibi faktörlerle ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği puanlarının hasta grubunda, kontrol grubuna göre düşük olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Bipolar bozukluğu olan bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini inceleyen 13 ampirik çalışmanın incelendiği bir derlemeye göre bipolar bozukluğu olan ayakta tedavi gören 60 yetişkinden oluşan bir örnekleme [143], katılımcıların aktigraflarını taktıkları 17 saatlik günün %78'inin hareketsiz

(günde 13,5 saat) olarak sınıflandırıldığını ve hiçbir katılımcının Birleşik Krallık ulusal yönergelerinde tavsiye edildiği gibi haftada 150 dakika orta / şiddetli egzersiz yapamadığı sonucuna ulaşılmıştır [144]. Bu bulgular, bipolar bozukluğu olan kişilerde yüksek düzeyde fiziksel inaktivite oranlarının gözlendiği diğer çalışmalarla uyumludur [145][146][147]. Genel olarak baktığımızda, bipolar bozuklukta fiziksel aktivite seviyelerinin genel popülasyona göre daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir [143][146]. Bizim çalışmamızda Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları hasta ve kontrol grubunda ayrı ayrı karşılaştırıldığında; hasta grubunda 40 yaş üzeri, 12 yıl ve altında öğrenim düzeyine sahip, erkek, lisans ve üzeri mezunu, çalışan statüsünde, ayrılmış, ailede psikiyatrik hastalığı bulunmayan, sezaryen doğum öyküsüne sahip ve ek hastalığı bulunmayan kişilerde daha yüksek bulunurken, sadece ailede psikiyatrik hastalığı bulunmayanlarda bulunanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymuştur. Kontrol grubunda ise Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği puanları 40 yaş ve altı, 12 yıl üzeri öğrenim düzeyine sahip, erkek, lisans ve üzeri mezunu, çalışan statüsünde, ayrılmış, ailede psikiyatrik hastalığı bulunan, normal doğum öyküsüne sahip ve ek hastalığı bulunan kişilerde daha yüksek bulunurken, farklar ≤ 40 yaşa sahip olanlarda >40 yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yaşın artması ile beraber egzersiz bağımlılığının azalma eğilimi göstermektedir. Costa ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı bir çalışmada da genç yaşta olanlarda egzersiz bağımlılığı riski ileri yaşta olanlara göre daha fazla bulunmuştur [102]. Araştırmamızda Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları çalışanlarda; öğrenci emekli ve çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Araştırmamız bu açıdan bir diğer çalışma ile uyumludur [148]. Bu durumu çalışan ve ekonomik olarak rahat yaşayan kişilerin egzersize daha çok vakit ayırabilmesi şeklinde değerlendirebiliriz.

Bipolar bozukluk ve davranışsal bağımlılıklar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir sistematik derlemeye göre BB-DB birlikteliği yüksek görülmektedir, bu grup hastalarda patolojik kumar oynama en yaygın olanıdır, bunu kleptomani, kompulsif satın alma, kompulsif cinsel davranış ve son olarak da internet bağımlılığı izlemektedir. Genel olarak bakıldığında DB olmayan hastalara kıyasla, eş zamanlı DB olan bipolar bozukluklu bireylerde hastalıklarının daha şiddetli

seyrettiği, daha yüksek eksen I komorbidite oranları saptandığı, artmış intihar düşüncesi ve girişimi, erken hastalık başlangıç yaşı, yüksek düzeyde dürtüsellik ve daha kötü prognozla ilişkilendirilmiştir [119]. Klinik ve epidemiyolojik araştırmalar DB ile psikiyatrik bozukluklar arasında yüksek oranda komorbidite ortaya çıkarmıştır [107][108]. En yaygın olanı duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, MKB ve kişilik bozuklukları olarak görünmektedir. Yine de sonuçlar küresel olarak genel popülasyonla karşılaştırıldığında BB-DB komorbiditesinin daha yüksek bir oluşumuna işaret etmektedir. BB örneklerinde DB hastalarının prevalansı % 1 ile 68 arasında değişmektedir [149][150].

Yaptığımız çalışmada sosyodemografik veriler incelendiğinde hasta grubunda çalışıyor olanların yüzdesi %36.7 iken kontrol grubunda bu oran %70.7 düzeyinde idi ($p=0.001$). Bununla birlikte, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanların yüzdesi hasta grubunda (%50.8), kontrol grubuna göre (%22.0) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$). Buradan bipolar bozukluğun kişilerin mesleki işlevselliğini ciddi derecede olumsuz etkileyen, genetik yük özellikleri belirgin bir hastalık olduğu kanısına varmış bulunmaktayız.

Hasta grubunda Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) puan ortalamaları bazı klinik verilerle ayrı ayrı karşılaştırıldığında psikotik özelliği olanlarda olmayanlara göre ve intihar girişimi olanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Hasta grubunda Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) puan ortalamaları sosyodemografik verilerle ayrı ayrı karşılaştırıldığında; epizod şiddeti “şiddetli” olanlarda şiddeti “orta” ve “hafif” olanlara göre, psikotik özelliği olanlarda olmayanlara göre ve hızlı döngülülük yaşayanlarda yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada ötimik BB olguları ile yaş, eğitim, cinsiyet ve diğer sosyodemografik faktörler açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontroller davranışsal bağımlılıklar açısından karşılaştırılmıştır. DB alt tiplerinden kumar oynama bozukluğu, internet bağımlılığı, kompulsif çevrimiçi satın alma ve egzersiz bağımlılığı hedef alınmıştır.

South Oaks Kumar Tarama Testi ve İnternet Bağımlılık Ölçeği puan ortalamalarının hasta grubunda, kontrol grubuna göre yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. South Oaks Kumar Tarama Testi puan ortalamaları kontrol grubunda 12 yıl ve üzeri eğitim alanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının hasta grubunda, kontrol grubuna göre düşük olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları hasta grubunda; ailede psikiyatrik hastalığı bulunmayanlarda bulunanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları kontrol grubunda; 40 yaş ve altında olanlarda, 40 yaşın üzerinde olanlara göre ve çalışanlarda, öğrenci emekli ve çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği puan ortalamalarının hasta grubunda, kontrol grubuna göre düşük olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği puan ortalamaları hasta grubundan kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Şu ana kadar olan literatüre baktığımızda ötimik dönemde olan bipolar bozukluğa sahip bireyler ile sağlıklı kontrolleri davranışsal bağımlılıklar açısından karşılaştıran çalışma sayısı kısıtlıdır. Bipolar bozukluk ve davranışsal bağımlılıklar arasındaki ilişkinin araştırılması, davranışsal bağımlılık riski taşıyan bipolar bozukluklu bireylerin daha iyi tanımlanabilmesi amacıyla daha geniş ve heterojen örneklem grubunu içeren, prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Komorbid BB-DB hastaları da potansiyel olarak farklı tedavi yanıtları açısından

değerlendirilmelidir. Gelecek araştırmalar muhtemelen tedavi için yeni hedeflerin belirlenmesine yardımcı olacak ve nihayetinde her iki durumun sonucunu iyileştirecektir.



7.ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, ötimik dönemdeki bipolar bozukluklu hastalarda davranışsal bağımlılıkların (kumar, alışveriş, internet, egzersiz) sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması ve davranışsal bağımlılıkların (DB) bipolar bozukluk (BB) ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre BB tanısı konulan ötimik dönemdeki 60 hasta ile; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi açısından hastalarla benzer özellikleri olan 60 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dahil edilmiştir. BB tanısı olan hastaların ötimik dönemde olduğunu belirlemek için Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) uygulanmıştır. Hasta ve kontrol grubuna Sosyodemografik Veri Formu ile beraber, gruplar arasında davranışsal bağımlılıkları karşılaştırmak ve BB-DB ilişkisini saptamak amacıyla South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT), Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği (KÇSA), Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği (EBÖ), İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: South Oaks Kumar Tarama Testi ve İnternet Bağımlılık Ölçeği puan ortalamalarının hasta grubunda, kontrol grubuna göre yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamalarının hasta grubunda, kontrol grubuna göre düşük olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Kompulsif Çevrimiçi Satın Alma Ölçeği puan ortalamalarının hasta grubunda, kontrol grubuna göre düşük olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: BB-DB arasındaki ilişkinin araştırılması, davranışsal bağımlılık riski taşıyan bipolar bozukluklu bireylerin daha iyi tanımlanabilmesi amacıyla daha fazla sayıda ve kapsamlı çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, Davranışsal Bağımlılıklar, kumar, alışveriş, egzersiz, internet

8.ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to compare euthymic bipolar patients and healthy volunteers in terms of behavioral addictions (gambling, shopping, internet, exercise) and to investigate the relationship between behavioral addictions (BA) and bipolar disorder (BD).

Method: A total of 60 euthymic patients who met DSM-V criteria for bipolar disorder and 60 healthy controls participated in the present study. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and Young Mania Rating Scale (YMRS) were used to determine that patients with BD were in the euthymic period. Along with the sociodemographic data form, the South Oaks Gambling Screen, online shopping addiction version of the Bergen Shopping Addiction Scale, Exercise Dependence Scale-21, Internet Addiction Scale were applied to the patient and control groups to compare behavioral addictions between the groups and to determine BD-BA relationship.

Results: The mean scores of the South Oaks Gambling Screen and Internet Addiction Scale were found to be higher in the patient group compared to the control group, but the difference was not statistically significant. It was determined that the mean scores of the Exercise Dependence Scale-21 were lower in the patient group compared to the control group, but the difference was not statistically significant. It was determined that the mean scores of the online shopping addiction version of the Bergen Shopping Addiction Scale were lower in the patient group compared to the control group, and the difference was statistically significant.

Discussion: More comprehensive studies are needed to investigate the relationship between BD and BA, and to better identify individuals with bipolar disorder at risk of behavioral addictions.

Keywords: Bipolar Disorder, Behavioral Addictions, gambling, shopping, exercise, internet

9.KAYNAKLAR

- [1] J. Angst and R. Sellaro, "Historical perspectives and natural history of bipolar disorder," *Biological Psychiatry*, vol. 48, no. 6. Biol Psychiatry, pp. 445–457, Sep. 15, 2000, doi: 10.1016/S0006-3223(00)00909-4.
- [2] J. Angst, A. Gamma, F. Benazzi, V. Ajdacic, D. Eich, and W. Rössler, "Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: Epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania," *J. Affect. Disord.*, vol. 73, no. 1–2, pp. 133–146, Jan. 2003, doi: 10.1016/S0165-0327(02)00322-1.
- [3] S. L. McElroy, A. Satlin, H. G. Pope, P. E. Keck, and J. I. Hudson, "Treatment of compulsive shopping with antidepressants: A report of three cases," *Ann. Clin. Psychiatry*, vol. 3, no. 3, pp. 199–204, 1991, doi: 10.3109/10401239109147991.
- [4] G. MD., "Exercise addiction: A case study. *Addiction Research*," vol. 5, pp. 161–168., 1997.
- [5] M. Clark and K. Calleja, "Shopping addiction: A preliminary investigation among Maltese university students," *Addict. Res. Theory*, vol. 16, no. 6, pp. 633–649, Dec. 2008, doi: 10.1080/16066350801890050.
- [6] R. T. Liu, T. A. Burke, L. Y. Abramson, and L. B. Alloy, "The Behavioral Approach System (BAS) Model of Vulnerability to Bipolar Disorder: Evidence of a Continuum in BAS Sensitivity across Adolescence," *J. Abnorm. Child Psychol.*, vol. 46, no. 6, pp. 1333–1349, Aug. 2018, doi: 10.1007/s10802-017-0363-9.
- [7] N. McNaughton, "Gray's Neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of septohippocampal theories," *Behav. Brain Sci.*, vol. 5, no. 3, pp. 492–493, 1982, doi: 10.1017/S0140525X00013170.
- [8] I. H. A. Franken, P. Muris, and I. Georgieva, "Gray's model of personality and addiction," *Addict. Behav.*, vol. 31, no. 3, pp. 399–403, Mar. 2006, doi: 10.1016/j.addbeh.2005.05.022.
- [9] G. S. Berns, S. M. McClure, G. Pagnoni, and P. R. Montague, "Predictability modulates human brain response to reward," *J. Neurosci.*, vol. 21, no. 8, pp. 2793–2798, Apr. 2001, doi: 10.1523/jneurosci.21-08-02793.2001.
- [10] R. A. Depue and P. F. Collins, "Neurobiology of the structure of personality: Dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion," *Behavioral and Brain Sciences*, vol. 22, no. 3. Behav Brain Sci, pp. 491–517, 1999, doi: 10.1017/S0140525X99002046.
- [11] S. Urošević, L. Y. Abramson, E. Harmon-Jones, and L. B. Alloy, "Dysregulation of the behavioral approach system (BAS) in bipolar spectrum disorders: Review of theory and evidence," *Clinical Psychology Review*, vol. 28, no. 7. NIH Public Access, pp. 1188–1205, Oct. 2008, doi: 10.1016/j.cpr.2008.04.004.
- [12] P. Anabilim, D. Klinik, P. B. Dalı, and Z. Maçkali, "Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İki Uçlu Bozuklukta Bütüncül Bilişsel Modelin Grup-Temelli Müdahalesinin Etkisinin İncelenmesi."
- [13] I. U. Işık E, "Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar

Bozukluklar.” .

- [14] O. E. Ceylan M, “Duygudurum bozuklukları, Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri Kitabı,” vol. 4. Cilt, 2001, pp. 72–135.
- [15] U. I. Isık E, Taner E, “Güncel klinik psikiyatri,” vol. Birinci ba, p. s:146-170, 2008.
- [16] B. L. Mason, E. Sherwood Brown, and P. E. Croarkin, “Historical underpinnings of bipolar disorder diagnostic criteria,” Behavioral Sciences, vol. 6, no. 3. MDPI Multidisciplinary Digital Publishing Institute, Sep. 01, 2016, doi: 10.3390/bs6030014.
- [17] Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. Baskı,yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IV-TR). .
- [18] K. R. Merikangas et al., “Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative,” Arch. Gen. Psychiatry, vol. 68, no. 3, pp. 241–251, Mar. 2011, doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.12.
- [19] I. Grande, M. Berk, B. Birmaher, and E. Vieta, “Bipolar disorder,” The Lancet, vol. 387, no. 10027. Lancet Publishing Group, pp. 1561–1572, Apr. 09, 2016, doi: 10.1016/S0140-6736(15)00241-X.
- [20] “Kaplan&Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry editors, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, 8 th. Edition. Lippincott Williams & Wilkins Hagop S, Akiskal M.D, 2005, Chapter 13.1:1559-1575.”
- [21] “Işık E. Duygudurum bozuklukları, depresyon ve bipolar bozukluklar. E Işık (Ed.), Bipolar Bozukluklar. İstanbul, Görsel Sanatlar Matbaası. 2003;467-509.”
- [22] Rowland TA, Marwaha S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. Ther Adv Psychopharmacol 2018;8:251–69. .
- [23] D. Vigo, G. Thornicroft, and R. Atun, “Estimating the true global burden of mental illness,” The Lancet Psychiatry, vol. 3, no. 2. Elsevier Ltd, pp. 171–178, Feb. 01, 2016, doi: 10.1016/S2215-0366(15)00505-2.
- [24] Savas H, Yumru M. Bipolar (İkiuçlu) bozuklukta genetik çalışmalar. TürkiyeKlin 1985; 29: 10–7. .
- [25] N. Craddock and I. Jones, “Genetics of bipolar disorder,” Journal of Medical Genetics, vol. 36, no. 8. BMJ Publishing Group, pp. 585–594, Aug. 01, 1999, doi: 10.1136/jmg.36.8.585.
- [26] “Stahl MS. Stahl’ın Temel Psikofarmakolojisi. (Çeviri editörü: Prof. Dr. Tunç Alkın) İstanbul Tıp Kitabevi 2015:262.,” .
- [27] P. Brambilla, D. C. Glahn, M. Balestrieri, and J. C. Soares, “Magnetic resonance findings in bipolar disorder,” Psychiatric Clinics of North America, vol. 28, no. 2. W.B. Saunders, pp. 443–467, Jun. 01, 2005, doi: 10.1016/j.psc.2005.01.006.
- [28] “M. Yumru et al., ‘Atypical antipsychotics related metabolic syndrome in bipolar patients.,’ J. Affect. Disord., vol. 98, no. 3, pp. 247–252, Mar. 2007.”
- [29] Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Onbirinci baskı, Tuna Matbaacılık Ankara 2008, 337-427. .
- [30] Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Bozkurt A (Çeviri Ed.) 11. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. şti., 2014, 347-380. .

- [31] R. Machado-Vieira, L. Ibrahim, I. D. Henter, and C. A. Zarate, "Novel glutamatergic agents for major depressive disorder and bipolar disorder," *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, vol. 100, no. 4. NIH Public Access, pp. 678–687, Feb. 2012, doi: 10.1016/j.pbb.2011.09.010.
- [32] S. Daniele et al., "Platelet uptake of GABA and glutamate in patients with bipolar disorder," *Bipolar Disord.*, vol. 14, no. 3, pp. 301–308, May 2012, doi: 10.1111/j.1399-5618.2012.01005.x.
- [33] Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ninth ed. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins. 2009; 1629-1645. .
- [34] I. G. Barbosa et al., "Increased plasma levels of soluble TNF receptor i in patients with bipolar disorder," *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 261, no. 2, pp. 139–143, Mar. 2011, doi: 10.1007/s00406-010-0116-z.
- [35] S. M. Strakowski et al., "Ventricular and periventricular structural volumes in first- versus multiple-episode bipolar disorder," *Am. J. Psychiatry*, vol. 159, no. 11, pp. 1841–1847, Nov. 2002, doi: 10.1176/appi.ajp.159.11.1841.
- [36] J. Savitz and W. C. Drevets, "Bipolar and major depressive disorder: Neuroimaging the developmental-degenerative divide," *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol. 33, no. 5. NIH Public Access, pp. 699–771, May 2009, doi: 10.1016/j.neubiorev.2009.01.004.
- [37] S. M. Strakowski, M. P. DelBello, and C. M. Adler, "The functional neuroanatomy of bipolar disorder: A review of neuroimaging findings," *Molecular Psychiatry*, vol. 10, no. 1. Nature Publishing Group, pp. 105–116, Jan. 31, 2005, doi: 10.1038/sj.mp.4001585.
- [38] R. E. Bender and L. B. Alloy, "Life stress and kindling in bipolar disorder: Review of the evidence and integration with emerging biopsychosocial theories," *Clinical Psychology Review*, vol. 31, no. 3. Clin Psychol Rev, pp. 383–398, Apr. 2011, doi: 10.1016/j.cpr.2011.01.004.
- [39] R. M. Post, "Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena," *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol. 31, no. 6. Neurosci Biobehav Rev, pp. 858–873, 2007, doi: 10.1016/j.neubiorev.2007.04.003.
- [40] "Kılıç C, Eşel E. Stres tepkisi süreci. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2002;12:41-48."
- [41] O. Karamustafaloğulları, *Temel ve Klinik Psikiyatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2018. .
- [42] Amerikan Psikiyatri Birliği, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013. .*
- [43] "Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2(2):206-36."
- [44] L. L. Altshuler et al., "Gender and depressive symptoms in 711 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network," *Am. J. Psychiatry*, vol. 167, no. 6, pp. 708–715, Jun. 2010, doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09010105.
- [45] P. A. Geoffroy, F. Bellivier, J. Scott, and B. Etain, "Seasonality and bipolar disorder: A systematic review, from admission rates to seasonality of symptoms," *Journal of Affective Disorders*, vol. 168. Elsevier B.V., pp.

- 210–223, Oct. 15, 2014, doi: 10.1016/j.jad.2014.07.002.
- [46] Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi 2007; 1559-1707. .
- [47] L. Tondo, G. Isacson, and R. J. Baldessarini, "Suicidal behaviour in bipolar disorder: Risk and prevention," *CNS Drugs*, vol. 17, no. 7. *CNS Drugs*, pp. 491–511, 2003, doi: 10.2165/00023210-200317070-00003.
- [48] R. D. Gibbons, K. Hur, C. H. Brown, and J. J. Mann, "Relationship between antiepileptic drugs and suicide attempts in patients with bipolar disorder," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 66, no. 12, pp. 1354–1360, Dec. 2009, doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.159.
- [49] "Aydemir Ö, Uluşahin A, Akdeniz F (editörler). İki uçlu bozukluk sağaltım kılavuzu. 2. baskı. Ankara: TPD Yayınları; 2010."
- [50] "Griffiths, M, Behavioural addiction: an issue for everybody?, *Employee Councelling Today: The Journal of Workplace Learning*. 1996, 8(3), 19-25."
- [51] "Karim, R, & Chaudhri, P, Behavioral addictions: An Overview, *Journal of Psychoactive Drugs*, 2012, 44(1), 5–17, p.5."
- [52] "Robbins, T, & Clark, L, Behavioral addictions, *Current Opinion in Neurobiology*, 2015, 30, 66–72."
- [53] "Pınarcı, G. (2014). Üniversite öğrencilerinde kumar oynama, patolojik kumar bağımlılığı ve ilişkili karakter özellikleri (Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, Madde Bağımlılığı Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü, İzmir). Yayınlanmış Yüksek Lisans Te."
- [54] "Devereux EC. Gambling. In *The International Encyclopedia of the Social Sciences*, Vol. 17. New York: Macmillan, 1979."
- [55] "Brenner R ve Brenner BA. Gambling and Speculation: A Theory, a History, and a Future of Some Human Decisions. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1990."
- [56] "Derevensky, J.L., Gupta, R. and Winters, K. (2003). Prevalence Rates of Youth Gambling Problems: Are the Current Rates Inflated? *Journal of Gambling Studies*, 19(4), 405-425."
- [57] "Shin YC, Choi SW, Ha J, Mok JY, Lim SW, Choi JS, Kim DJ. Age of pathological gambling onset: clinical and treatment-related features. *J Addict Med*. 2014 May-Jun; 8(3):205-10."
- [58] "Slutske WS, Piasecki TM, Deutsch AR, Statham DJ, Martin NG. Telescoping and gender differences in the time course of disordered gambling: evidence from a general population sample. *Addiction*. 2015 Jan; 110(1):144-51."
- [59] "Duvarcı I, Varan A, Coskunol H, Ersoy MA. DSM-IV and the South Oaks Gambling Screen: Diagnosing and Assessing Pathological Gambling in Turkey. *J Gambl Stud* 1997; 13:193-206."
- [60] "Duvarcı I, Varan A. Descriptive features of Turkish pathological gamblers. *Scand J Psychol* 2000; 41:253-60."
- [61] "Wildman RW. Gambling: An Attempt at an Integration. Edmonton, Alberta, Canada: Wynne Resources, 1998."
- [62] "Arizona Council on Compulsive Gambling, Inc. (1999, July). Differences in Pathological Gamblers in Arizona."
- [63] "Stinchfield RD ve Winters KC. Treatment Effectiveness of Six State-

- Supported Compulsive Gambling Treatment Programs in Minnesota. Minneapolis: Department of Psychiatry, University of Minnesota, 1986.”
- [64] R. P. Sadock BJ, Sadock VA, KAPLAN & SADOCK SYNOPSIS OF PSYCHIATRY Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri ONBİRİNCİ BASKI, Çeviri Editörü Prof.Dr.Ali Bozkurt. 2016.
- [65] “Bölükbaş K, (2003), İnternet Kafeler ve İnternet Bağımlılığı Üzerine Sosyolojik Bir Araştırma, Lisans Tezi, Dicle Üniv.Sosyal Bilimler Enstitüsü, Diyarbakır, Türkiye.”
- [66] “Tamam, L, (2009), Dürtü Kontrol Bozuklukları, Psikiyatri Temel Kitabı, (2. Baskı) (Ed Köroğlu E.).”
- [67] “TÜİK Kurumsal.” [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanım-Arastirmasi-2020-33679](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanım-Arastirmasi-2020-33679) (accessed Jan. 13, 2021).
- [68] “Social media users pass the 4 billion mark as global adoption soars - We Are Social.” <https://wearesocial.com/blog/2020/10/social-media-users-pass-the-4-billion-mark-as-global-adoption-soars> (accessed Jan. 13, 2021).
- [69] “Arısoy, Ö, (2009), İnternet Bağımlılığı ve Tedavisi, Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar, 55-67.”
- [70] E. Aboujaoude, L. M. Koran, N. Gamel, M. D. Large, and R. T. Serpe, “Potential markers for problematic internet use: A telephone survey of 2,513 adults,” CNS Spectrums, vol. 11, no. 10. Cambridge University Press, pp. 750–755, 2006, doi: 10.1017/S1092852900014875.
- [71] “Selim Günüş, İnternet Bağımlılık Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Bazı Demografik Değişkenler ile İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Van, 2009, s.31.”
- [72] “Murat Şahin, İlköğretim Okulu Öğrencilerindeki İnternet Bağımlılığı. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Yönetimi ve Denetimi Anabilim Dalı, İstanbul, 2011, s.43.”
- [73] “Işık, U. (2007). Medya bağımlılığı teorisi doğrultusunda internet kullanımının etkileri ve internet bağımlılığı (Doctoral dissertation, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).”
- [74] “Bozkurt, H., Şahin, S., & Zoroğlu, S. (2016). İnternet bağımlılığı: Güncel bir gözden geçirme. Journal Of Contemporary Medicine, 6(3), 235-247.”
- [75] “Internet Addiction Disorder - Signs, Symptoms, and Treatments.” <https://www.psycom.net/iadcriteria.html> (accessed Jan. 13, 2021).
- [76] A. Małgorzata Przepiorka, A. Blachnio, B. Miziak, and S. Jerzy Czuczwar, “Clinical approaches to treatment of Internet addiction,” 2014, doi: 10.1016/j.pharep.2013.10.001.
- [77] “Tamam, L., Diller, R. S. ve Özpoyraz, N. (1998). Kompulsif satın alma: Bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi, 9(3), 224-230.”
- [78] “Frost, R. O., Kim, H. J., Morris, C., Bloss, C., Murray-Close, M. ve Steketee, G. (1998). Hoarding, compulsive buying vereasons for saving. Behaviour Research and Therapy, 36(7), 657-664.”
- [79] “Kellett, S. ve Bolton, J. V. (2009). Compulsive buying: a cognitive–behavioural model Clinical Psychology and Psychotherapy, 16(2), 83-99.”
- [80] “Karakuş, G., Tamam, L., Öztürk, Z., Eroğlu, M. Z., Bahalı, K., Nebioğlu, M., Turhan, N. ve Çakmak, S. (2011). Bir grup üniversiteye hazırlık

- öğrencisinde dürtü kontrol bozukluğu. Archives of Neuropsychiatry, 48(4), 238-242.”
- [81] “McElroy, S. L., Keck Jr, P. E., Pope Jr, H. G., Smith, J. M. ve Strakowski, S. M. (1994). Compulsive buying: a report of 20 cases. The Journal of Clinical Psychiatry, 55(6), 242-248.”
- [82] “Dittmar, H. (2005). Compulsive buying—a growing concern? An examination of gender, age, and endorsement of materialistic values as predictors. British Journal of Psychology, 96(4), 467-491.”
- [83] “Harvanko, A., Lust, K., Odlaug, B. L., Schreiber, L. R., Derbyshire, K., Christenson, G. ve Grant, J. E. (2013). Prevalence and characteristics of compulsive buying in college students. Psychiatry Research, 210(3), 1079-1085.”
- [84] “Manchiraju, S., Sadachar, A. ve Ridgway, J. L. (2016). The compulsive online shopping scale (COSS): Development and validation using panel data. International Journal of Mental Health and Addiction, 14(6), 1-15.”
- [85] “Schlosser, S., Black, D. W., Repertinger, S. ve Freet, D. (1994). Compulsive buying: Demography, phenomenology and comorbidity in 46 subjects. General Hospital Psychiatry, 16(3), 205-212.”
- [86] “O’Guinn, T. C. ve Faber, R. J. (1989). Compulsive buying: A phenomenological exploration. Journal of Consumer Research, 16(2), 147-157.”
- [87] “Black, D.W (1996) Compulsive buying: a review. Journal of Clinical Psychiatry 57 (suppl 8): 50–4.”
- [88] “Lejoyeux M, Ades J, Tassain V ve ark. (1996) Phenomenology and psychopathology of uncontrolled buying. Am J Psychiatry, 153: 1524-1529.”
- [89] “Christenson GA, Faber RJ, de Zwaan M ve ark. (1994) Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. J Clin Psychiatry, 55: 5-11.”
- [90] “McElroy SL, Keck PE Jr, Phillips KA ve ark. (1995) Kleptomania, compulsive buying, and binge-eating disorder. J Clin Psychiatry, 56(Suppl 4): 14-26.”
- [91] “Lee, S. ve Mysyk, A. (2004). The medicalization of compulsive buying. Social Science and Medicine, 58(9), 1709-1718.”
- [92] “Hausenblas, H.A, & Downs, D.S. (2002a). How Much is too much? The development and validation of the exercise dependence scale. Psychology and health, 17(4), 387-404.”
- [93] “Uzday, İ. T. (1996). Alkol, Farmakolojik özellikleri ve alkol bağımlılığının nörofarmakolojik yönü. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1(2): 227-254.”
- [94] “Glasser, W. (1976). Positive Addiction. New York: Harper and Row Publisher.”
- [95] “Morgan, W.P. (1979). Negative addiction in runners. The Physician and Sports Medicine, 7, 57-77.”
- [96] “Davis, C., Brewer, H., Ratusny, D. (1993). Behavioral frequency and psychological commitment: necessary concepts in the study of excessive exercising. Journal of behavioral medicine, 16(6), 611-628.”
- [97] “Hailey, B. J., Bailey, L. A. (1982). Negative addiction in runners: A

- quantitative approach. *Journal of Sport Behavior*. 5:150-154.”
- [98] “Furst, D. M., Germone, K. (1993). Negative addiction in male and female runners and exercisers. *Perceptual and motor skills*, 77(1), 192-194.”
- [99] “Hausenblas, HA., Fallon, EA., (2002) Relationship among body image, exercise behavior, and exercise dependence symptoms, Inc. *Int J Eat Disord* 32: 179–185.”
- [100] D. M. W. DE COVERLEY VEALE, “Exercise Dependence,” *British Journal of Addiction*, vol. 82, no. 7. John Wiley & Sons, Ltd, pp. 735–740, Jul. 01, 1987, doi: 10.1111/j.1360-0443.1987.tb01539.x.
- [101] J. M. Adams, T. W. Miller, and R. F. Kraus, “Exercise Dependence: Diagnostic and Therapeutic Issues for Patients in Psychotherapy,” *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 33, no. 2. Springer, pp. 93–107, 2003, doi: 10.1023/A:1022883104269.
- [102] S. Costa, H. A. Hausenblas, P. Oliva, F. Cuzzocrea, and R. Larcan, “The role of age, gender, mood states and exercise frequency on exercise dependence,” *J. Behav. Addict.*, vol. 2, no. 4, pp. 216–223, Dec. 2013, doi: 10.1556/JBA.2.2013.014.
- [103] “Psikiyatride Güncel - Davranışsal Bağımlılıklar Cilt: 6 - Sayı: 3 (Güz 2016).” <https://tpdyayin.psikiyatri.org.tr/Book.aspx?book=48> (accessed Jan. 16, 2021).
- [104] J. L. J. Heaney, A. T. Ginty, D. Carroll, and A. C. Phillips, “Preliminary evidence that exercise dependence is associated with blunted cardiac and cortisol reactions to acute psychological stress,” *Int. J. Psychophysiol.*, vol. 79, no. 2, pp. 323–329, Feb. 2011, doi: 10.1016/j.ijpsycho.2010.11.010.
- [105] “Bamber, D. J., Cockerill, I. M., Rodgers, S., & Carroll, D. (2003). Diagnostic Criteria For Exercise Dependence In Women. *British Journal Of Sports Medicine*, 37(5), 393-400.”
- [106] “Vardar, E. (2012). Egzersiz Bağımlılığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(3), 163-173.”
- [107] “Chamberlain, S.R. , Lochner, C. , Stein, D.J. , Goudriaan, A.E. , van Holst, R.J. , Zohar, J. , et al. , 2016. Behavioural addiction-A rising tide. *Eur. Neuropsychopharmacol* 26, 841–855 .”
- [108] “Grant, J.E. , Potenza, M.N. , Weinstein, A. , Gorelick, D.A. , 2010. Introduction to behavioral addictions. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 36, 233–241 .”
- [109] “Di, N.M. , Tedeschi, D. , Mazza, M. , Martinotti, G. , Harnic, D. , Catalano, V. , et al. , 2010. Behavioural addictions in bipolar disorder patients: role of impulsivity and personality dimensions. *J. Affect. Disord.* 125, 82–88 .”
- [110] “Sapir, R. , Zohar, A.H. , Bersudsky, Y. , Belmaker, R. , Osher, Y. , 2013. Behavioral addictions in euthymic patients with bipolar I disorder: a comparison to controls. *Int. J. Bipolar. Disord.* 1 (27) .”
- [111] E. Jiménez et al., “Clinical features, impulsivity, temperament and functioning and their role in suicidality in patients with bipolar disorder,” *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 133, no. 4, pp. 266–276, Apr. 2016, doi: 10.1111/acps.12548.
- [112] E. Vieta et al., “Bipolar disorders,” *Nat. Rev. Dis. Prim.*, vol. 4, Mar. 2018, doi: 10.1038/nrdp.2018.8.

- [113] M. Lejoyeux, M. McLoughlin, and J. Adès, "Epidemiology of behavioral dependence: Literature review and results of original studies," *Eur. Psychiatry*, vol. 15, no. 2, pp. 129–134, 2000, doi: 10.1016/S0924-9338(00)00201-7.
- [114] J. Gruber, A. G. Harvey, and A. Purcell, "What goes up can come down? A preliminary investigation of emotion reactivity and emotion recovery in bipolar disorder," *J. Affect. Disord.*, vol. 133, no. 3, pp. 457–466, Oct. 2011, doi: 10.1016/j.jad.2011.05.009.
- [115] H. Keane, "Disorders of desire: addiction and problems of intimacy.," *J. Med. Humanit.*, vol. 25, no. 3, pp. 189–204, 2004, doi: 10.1023/B:JOMH.0000036637.03254.38.
- [116] A. Goodman, "Diagnosis and treatment of sexual addiction," *J. Sex Marital Ther.*, vol. 19, no. 3, pp. 225–251, 1993, doi: 10.1080/00926239308404908.
- [117] H. J. Shaffer, "Strange bedfellows: A critical view of pathological gambling and addiction," *Addiction*, vol. 94, no. 10. Carfax Publishing Company, pp. 1445–1448, 1999, doi: 10.1046/j.1360-0443.1999.941014451.x.
- [118] M. Gossop, "A web of dependence," *Addiction*, vol. 96, no. 5. *Addiction*, pp. 677–678, 2001, doi: 10.1046/j.1360-0443.2001.9656771.x.
- [119] C. Varo et al., "Behavioral addictions in bipolar disorders: A systematic review," *Eur. Neuropsychopharmacol.*, vol. 29, no. 1, pp. 76–97, Jan. 2019, doi: 10.1016/j.euroneuro.2018.10.012.
- [120] "Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960; 23(1):56-62."
- [121] "Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45(8):742-747."
- [122] "Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar HM, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. *Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4(4), 251-259."
- [123] "Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 1978;133:429-435."
- [124] "Karadağ F, Oral ET, Aran YF, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’de geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 13(2) 107-114."
- [125] "Lesieur HR, Blume SB (1987) The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 144:1184-1188."
- [126] "Düvarcı, İ., ve Varan, A. (2001). South Oaks Kumar Tarama Testi Türkçe formu güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 34-45."
- [127] "Andreassen CS, Griffiths MD, Pallesen S, ve ark. The Bergen shopping addiction scale: Reliability and validity of a brief screening test. *Frontiers in Psychology* 2015; 6: 1-11."
- [128] "Bozdağ, Y. ve Yalçınkaya Alkar, Ö. (2018). Bergen Alışveriş Bağımlılığı Ölçeği'nin kompulsif çevrimiçi satın alma davranışına uyarlanması. *Bağımlılık Dergisi*, 19 (2), 23-34."
- [129] "Hausenblas, H. A., Downs, D. S. (2002). Exercise dependence: A

- systematic review. *Psychology of sport and exercise*, 3(2), 89-123.”
- [130] “Tekkurşun Demir, G., Hazar, Z. ve Cicioğlu, H. İ. (2018). Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği (EBÖ): Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 26(3), 865-874.”
 - [131] “Hahn A, Jerusalem M. Internetsucht-Reliabilität und Validität in der Online-Forschung. Online Marktforschung Gabler Verlag, 2001.”
 - [132] “Şahin C, Korkmaz Ö. Adaptation of internet addiction scale to Turkish. *Ahmet Kelesoglu Education Faculty (AKEF) Journal* 2011; 32:101-115.”
 - [133] “Research on the Social Impact of Gambling - Enlighten: Publications.” <http://eprints.gla.ac.uk/49357/> (accessed Mar. 23, 2021).
 - [134] F. K. Lorains, S. Cowlishaw, and S. A. Thomas, “Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys,” *Addiction*, vol. 106, no. 3. *Addiction*, pp. 490–498, Mar. 2011, doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x.
 - [135] R. S. McIntyre, S. L. McElroy, J. Z. Konarski, J. K. Soczynska, K. Wilkins, and S. H. Kennedy, “Problem gambling in bipolar disorder: Results from the Canadian Community Health Survey,” *J. Affect. Disord.*, vol. 102, no. 1–3, pp. 27–34, Sep. 2007, doi: 10.1016/j.jad.2006.12.005.
 - [136] M. D. Edge, S. L. Johnson, T. Ng, and C. S. Carver, “Iowa gambling task performance in euthymic bipolar i disorder: A meta-analysis and empirical study,” *J. Affect. Disord.*, vol. 150, no. 1, pp. 115–122, Aug. 2013, doi: 10.1016/j.jad.2012.11.027.
 - [137] N. A. Shapira, T. D. Goldsmith, P. E. Keck, U. M. Khosla, and S. L. McElroy, “Psychiatric features of individuals with problematic internet use,” *J. Affect. Disord.*, vol. 57, no. 1–3, pp. 267–272, Jan. 2000, doi: 10.1016/S0165-0327(99)00107-X.
 - [138] S. Bernardi and S. Pallanti, “Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms,” *Compr. Psychiatry*, vol. 50, no. 6, pp. 510–516, Nov. 2009, doi: 10.1016/j.comppsy.2008.11.011.
 - [139] K. Wölfling, M. E. Beutel, M. Dreier, and K. W. Müller, “Bipolar spectrum disorders in a clinical sample of patients with Internet addiction: Hidden comorbidity or differential diagnosis?,” *Journal of Behavioral Addictions*, vol. 4, no. 2. *Akademiai Kiado Rt.*, pp. 101–105, Jun. 01, 2015, doi: 10.1556/2006.4.2015.011.
 - [140] S. Kesebir, S. Işıtmez, and D. Gündoğar, “Compulsive buying in bipolar disorder: Is it a comorbidity or a complication?,” *J. Affect. Disord.*, vol. 136, no. 3, pp. 797–802, Feb. 2012, doi: 10.1016/j.jad.2011.09.037.
 - [141] A. Mueller et al., “Pathologisches kaufen und psychische komorbidität,” *PPmP Psychother. Psychosom. Medizinische Psychol.*, vol. 59, no. 8, pp. 291–299, Aug. 2009, doi: 10.1055/s-2008-1067438.
 - [142] H. Tavares, D. S. S. Lobo, D. Fuentes, and D. W. Black, “Compulsive buying disorder: A review and a Case Vignette,” *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 30, no. SUPPL 1. *Associacao Brasileira de Psiquiatria*, 2008, doi: 10.1590/s1516-44462008005000002.
 - [143] C. A. Janney, A. Fagiolini, H. A. Swartz, J. M. Jakicic, R. G. Holleman, and C. R. Richardson, “Are adults with bipolar disorder active? Objectively measured physical activity and sedentary behavior using accelerometry,” *J.*

- Affect. Disord., vol. 152–154, no. 1, pp. 498–504, Jan. 2014, doi: 10.1016/j.jad.2013.09.009.
- [144] “National Institute for Health, and Clinical Excellence.(2006). Bipolar Disorder Clinical Guidelines. London:NICE.”
- [145] A. M. Kilbourne, D. L. Rofey, J. F. McCarthy, E. P. Post, D. Welsh, and F. C. Blow, “Nutrition and exercise behavior among patients with bipolar disorder,” *Bipolar Disord.*, vol. 9, no. 5, pp. 443–452, Aug. 2007, doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00386.x.
- [146] J. L. Elmslie, J. I. Mann, J. T. Silverstone, S. M. Williams, and S. E. Romans, “Determinants of overweight and obesity in patients with bipolar disorder,” *J. Clin. Psychiatry*, vol. 62, no. 6, pp. 486–491, 2001, doi: 10.4088/JCP.v62n0614.
- [147] A. Shah et al., “Exercise tolerance is reduced in bipolar illness,” *J. Affect. Disord.*, vol. 104, no. 1–3, pp. 191–195, Dec. 2007, doi: 10.1016/j.jad.2007.03.002.
- [148] “Bavlı, Ö., Işık, S., Canpolat, O., Aksoy, A., Günar, B. B., Gültekin, K., Katra, H., Uzun, M. ve Ödemiş, M. (2015). Dansçılarda Egzersiz Bağımlılığı Semptomunun İncelenmesi. *Uluslararası Spor, Egzersiz ve Antrenman Bilmi Dergisi*, 1(2): 120-124.”
- [149] B. S. Kim, S. M. Chang, J. E. Park, S. J. Seong, S. H. Won, and M. J. Cho, “Prevalence, correlates, psychiatric comorbidities, and suicidality in a community population with problematic Internet use,” *Psychiatry Res.*, vol. 244, pp. 249–256, Oct. 2016, doi: 10.1016/j.psychres.2016.07.009.
- [150] M. Lejoyeux, M. Arbaretaz, M. McLoughlin, and J. Adiès, “Impulse control disorders and depression,” *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 190, no. 5, pp. 310–314, 2002, doi: 10.1097/00005053-200205000-00007.

10.EKLER

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

1. Araştırmanın Adı: Ötimik bipolar hastalarda davranışsal bağımlılık sıklığının sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması

Araştırmanın İçeriği: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran, DSM-V tanı kriterlerine göre bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen ve çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan ötimik hastalar araştırmaya alınmak üzere araştırma yürütücüsüne yönlendirilecektir. Hastalara araştırma anlatıldıktan sonra onam formu doldurulacaktır. Çalışmaya katılacak bipolar bozukluk tanısı olan 60 kişinin herbiri ile toplamda bir kez psikiyatrik görüşme yapılacaktır. Sosyodemografik veri formu, Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) ve Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) hekim tarafından doldurulacaktır. Ayrıca hastaların kendilerinin dolduracağı South Oaks Kumar Tarama Testi, Kompulsif Çevirimiçi Satın Alma Ölçeği, Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği, İnternet Bağımlılığı Ölçeği verilecektir. 60 sağlıklı kontrol grubuna da kendilerinin dolduracağı South Oaks Kumar Tarama Testi, Kompulsif Çevirimiçi Satın Alma Ölçeği, Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği, İnternet Bağımlılığı Ölçeği verilecektir.

Araştırmanın Amacı: Ötimik bipolar hastalarda davranışsal bağımlılık eşlik etme sıklığı , davranışsal bağımlılıkların bipolar bozukluk ile ilişkisinin araştırılması ve ötimik bipolar hastalarda davranışsal bağımlılık sıklığının sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

- a. Araştırmanın Nedeni:

() Bilimsel araştırma

(x) Tez çalışması

- b. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 9 ay

- c. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:60 hasta, 60 sağlıklı kontrol grubu, toplam 120 kişi

Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Deneysel işlem yapılmayacaktır.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Herhangi bir risk ya da zarar söz konusu değildir.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar: Bu çalışmada ötimik bipolar hastalarda davranışsal bağımlılık sıklığının sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bipolar bozuklukla takip edilen hastalarda davranışsal bağımlılık komorbiditesinin, bu hastalıkların birbiri ile ilişkisi, tedavi ve rehabilitasyonuna yardımcı olmak amacıyla güncel verileri saptamak planlanmıştır.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Berkan BODUR

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Dr. Berkan BODUR tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri: Araştırmanın herhangi bir gideri yoktur

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
 - b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
 - c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
8. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Hasta No:.....
...../...../.....

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.Adı – Soyadı:

2.Cinsiyet : 1.Kadın 2.Erkek

3.Doğum Tarihi :/...../.....

4.Öğrenim Düzeyi: 1.Yok 2.Okur-yazar 3.İlköğretim 4. Lise 5.Lisans 6.Lisanüstü

5.Toplam Öğrenim Yılı:

6.Çalışabilirlik: 1.Çalışıyor/Öğrenci/Emekli 2.İşsiz/Çalışmıyor 3.Ev Kadını

7.Medeni Durumu: 1.Bekar 2.Evli 3.Dul

8.Akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü : 1. Var 2.Yok

9.Doğum öyküsü : 1.Normal 2.Sezaryan/Erken doğum/Hipoksi öyküsü

10.Ek hastalık : 1.Var 2.Yok

KLİNİK VERİ FORMU

1.Başlangıç Yılı:

2.Başlangıç Yaşı: Toplam Hastalık Süresi:

3.İlk Hastalık Dönemi: 1.Mani 2.Karma Episod 3.Hipomani 4.Depresyon

4.Son Hastalık Dönemi:

5.Episod Sayısı: Mani.....Karma Episod.....Hipomani.....Depresyon.....

6.Toplam Episod Sayısı:

7.Toplam Hastaneye Yatış:

8.Episod Şiddeti: 1.Hafif 2.Orta 3.Şiddetli

9.Ortalama Episod Süresi:(Tek episod varsa onun süresi buraya yazılmalıdır.)

10-12 arası sorular depresif episod olmaması durumunda "2.Yok" olarak kodlanmalıdır.

10.Katatolik zellik: 1.Var 2.Yok

11.Melankolik zellik: 1.Var 2.Yok

12.Atipik Depresyon Belirtisi: 1.Var 2.Yok

13.Psikotik zellik: 1.DD ile uyumlu 2.DD ile uyumsuz 3.Yok

14.Episodlar arası tam düzelme 1.Var 2.Yok

15.Kronik gidiş (episod>2 yıl) : 1.Var 2.Yok

16.Hızlı Döngülülük: 1.Var 2.Yok

17.İntihar Girişimi: 1.Var 2.Yok

18.Aldığı Sağaltım:

19.İlaca ait yanlış inanışlar:

Bağımlılık yapar : 1.Var 2.Yok

Kısırlık yapar 1.Var 2.Yok

Deli damgası yeme: 1.Var 2.Yok

20.Başka psikiyatrik hastalık: 1.Var 2.Yok

.....

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim: _____ Tarih: _____

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

- 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 ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

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

3) İntihar

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

4) Uykuya dalamamak

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

5) Geceyarısı uyanmak

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

6) Sabah erken uyanmak

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

7) Çalışma ve aktiviteler

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

- 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

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

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

9) Ajitasyon

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

10) Psişik anksiyete

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

11) Somatik anksiyete

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

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

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

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

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

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

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

13) Somatik semptomlar- Genel

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

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

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

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

4- Hipokondriak delüzyonlar.

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

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0- Kilo kaybı yok.

1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.

2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.

1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.

1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahatete ihtiyacı olduğuna bağlıyor.

2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru:

Young Mani Derecelendirme Ölçeği

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

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

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

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

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

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

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

SOUTH OAKS KUMAR TARAMA TESTİ (SOKTT) TÜRKÇE FORMU

İsim: _____ Tarih: _____

1. Bugüne kadar aşağıdaki kumar çeşitlerinden hangilerini oynadığınızı belirtiniz. Her kumar çeşidi için üç cevaptan ("hiç", haftada bir kereden az "veya" haftada bir kere veya daha fazla") birini işaretleyiniz.

	Hiç	Haftada bir kereden az	Haftada bir kere veya daha fazla
At yarışı	()	()	()
Parasına Kağıt Oyunları (yanık, poker gibi)	()	()	()
Parasına Okey	()	()	()
Parasına Zar Oyunları (barbut gibi)	()	()	()
Horoz Dövüşü	()	()	()
Spor-Toto veya Spor-Loto	()	()	()
Sayısal-Loto	()	()	()
Kazı-Kazan	()	()	()
Milli Piyango	()	()	()
Borsada Oynama	()	()	()
Casino Oyunları	()	()	()
Parasına Beceri İsteyen Oyunlar Oynama (Bilardo gibi)	()	()	()
Yukarıda Belirtilmeyen Başka Kumar Çeşitleri (Lütfen Yazınız: _____)	()	()	()

2. Bugüne kadar bir günde kumara yatırdığınız en fazla para ne kadardır?

_____ TL

3. Hayatınızdaki insanlardan hangilerinin geçmişte veya halen kumar sorunu olduğunu işaretleyiniz:

- | | | |
|------------------------|--|---------------|
| () Baba | () Anne | () Kardeşler |
| () Büyük anne ve baba | () Eş veya partner | () Çocuklar |
| () Diğer akrabalar | () Arkadaş veya yaşamımdaki önemli başka biri | |

4. Kumar oynadığınızda, kaybettiğiniz parayı yeniden kazanmak için bir başka gün yine kumar oynamaya gider misiniz?

- () Hiç gitmem
- () Bazen giderim (kaybettiğim zamanların yarısından azında)
- () Kaybettiğim çoğu zaman giderim
- () Her kaybettiğimde giderim

5. Gerçekten kazanmıyorken, hatta kaybettiğinizde, hiç kumardan para kazandığınızı iddia ettiğiniz oldu mu?

- () Asla
- () Evet, kaybettiğim zamanların yarısının azında
- () Evet, çoğu zaman

6. Bahis ve kumarla ilgili hiç sorunuz olduğunu düşünüyor musunuz?

- () Hayır
- () Evet, geçmişte fakat şimdi değil
- () Evet

7. Hiç niyet ettiğinizden daha fazla kumar oynadığınız oldu mu?

- () Evet, oldu
- () Hayır, olmadı

8. Hiç insanların, sizin kabul edip etmediğinize bakmaksızın, bahis oynamanızı eleştirdikleri veya size kumar sorunuz olduğunu söyledikleri oldu mu?

☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

9. Kumar oynamanızdan veya kumar oynadığınız zaman olanlardan dolayı hiç suçluluk duyduğunuz oldu mu?

☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

10. Bahse girmeyi veya kumar oynamayı bırakmak istediğiniz ama bunu yapamayacağınızı düşündüğünüz oldu mu?

☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

11. Bahis kağıtlarını, piyango biletlerini, kumar paralarını, kumar borçlarını veya diğer bahis veya kumar delillerini eşinizden çocuklarınızdan veya hayatınızdaki diğer önemli insanlardan hiç sakladığınız oldu mu?

☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

12. Birlikte yaşadığınız insanlarla parayı nasıl harcadığınız konusunda hiç tartıştığınız oldu mu?

☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

13. (Eğer yukarıdaki soruyu Evet diye cevaplandırdıysanız) Para konusundaki tartışmaların hiç sizin kumar oynamanız üzerinde yoğunlaştığı oldu mu?

☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

14. Hiç birinden borç alıp kumar yüzünden borcunuzu ödeyemediğiniz oldu mu?

☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

15. Bahis oynama veya kumar yüzünden hiç işinize veya okulunuza geç gittiğiniz ya da gitmediğiniz oldu mu?

☐ Evet, oldu ☐ Hayır, olmadı

16. Eğer kumar oynamak veya kumar borçlarını ödemek için borç aldıysanız, kimden veya nereden borç aldınız? (Lütfen işaretleyiniz)

☐ a. Evin parasından ☐ b. Akrabalarınızdan

☐ c. Bankalardan, borç veya kredi kuruluşlarından ☐ d. Kredi kartlarından

☐ e. Tefecilerden ☐ f. Şahsi veya ailevi eşya veya malları satma

☐ g. Arkadaş veya tanıdıklardan

☐ h. Altın, mücevher gibi birikimleri paraya çevirme ☐ j. Bahisçiye borçlanma

☐ k. Kumarhaneye (kahvehane ya da kulüp sahibine) borçlanma

İnternet Bağımlılığı Ölçeği

İnternet Bağımlılık Maddeleri	Hiçbir zaman(1)	Nadiren (2)	Bazen (3)	Genellikle (4)	Her zaman(5)
İnternete uzun süreli bağlanmadığımda aklım İnternetle meşguldür.					
İnternete bağlı olup online olmadığımda aklım sürekli olarak İnternete takılıp kalıyor.					
Çok uzun süre İnternetten uzak kalmışsam, huzursuz ve sinirli oluyorum.					
İnternette önceden planladığımdan daha çok zaman harcıyorum					
İnternette birkaç dakikalığına sörf yapmayı girip, bir türlü bırakamıyorum.					
İnternette geçirdiğim zamanı azaltmayı denedim ama sonuç alamadım					
İnternet için harcayabileceğim paradan çok daha fazlasını harcıyorum.					
İnternette geçirdiğim zaman, başlangıçtaki dönemle karşılaştırılınca gitgide artıyor.					
İnternete daha fazla zaman ayırma isteğim, geçmişe göre sürekli artıyor.					
Başlangıçta sadece yapmam gereken işler için online etkinliklere vakit ayırıırken, şimdi İnternete daha fazla zaman ayırıyorum					
İnternet etkinlikleri günlük yaşamımı giderek daha fazla yönlendiriyor.					
İnternet kullanmaya başladığımdan beri, bazı arkadaşlarım benden uzaklaştı.					
Çok değer verdiğim kişiler, İnternette çok fazla zaman harcadığımdan benden					

şikâyetçi oluyorlar					
Okul/meslek/aile ve benzeri yaşamımdaki verimliliğim İnternet kullanmam yüzünden azalıyor.					
Çok değer verdiğim kişiler bende, İnternet kullanmaya başladığımdan beri olumsuz yönde değişiklikler olduğunu söylüyorlar.					
İnternette daha fazla zaman geçirebilmek için sık sık sorumluluklarımı aksatıyorum.					
İnternet yüzünden bazen randevularımı kaçıyorum.					
Online dünyasını keşfettiğim andan itibaren başkalarıyla daha az zaman geçiriyorum.					
İnternetle öylesine sık ve yoğun meşgul oluyorum ki bazen işverenlerimle /okulla /aile bireyleri ve benzeri ile sorunlarım oluyor.					

KOMPULSİF ÇEVİRİMİÇİ SATIN ALMA ÖLÇEĞİ (KÇSA)

Lütfen her madde için sizi en iyi tanımlayan yanıtı işaretleyiniz. Maddelere son 12 aydaki düşünceleriniz, duygularınız ve eylemlerinizi baz alarak cevap veriniz.

Her cümle için karşısında bulunan;

- (0) Tamamen katılmıyorum
 (1) Katılmıyorum
 (2) Ne katılıyorum ne katılmıyorum
 (3) Katılıyorum
 (4) Tamamen katılıyorum

	Maddeler	0	1	2	3	4
1.	İnternette alışveriş yapmak hayatımdaki en önemli şeydir.					
2.	Her zaman internette alışveriş yapmakla ilgili düşünürüm.					
3.	İnternette alışveriş yapmayı düşünürken ya da planlarken çok fazla zaman harcıyorum.					
4.	İnternette alışveriş yapmayla ilgili düşünceler aklıma gelir.					
5.	Bazen daha iyi hissetmek için çevrimiçi alışveriş yaparım.					
6.	Bazen ruh halimi (duygu durumumu) değiştirmek için internette alışveriş yaparım.					
7.	Kişisel problemlerimi unutmak için internette alışveriş yaparım.					
8.	Suçluluk, kaygı, çaresizlik, yalnızlık ve /veya depresyon hislerimi azaltmak için internette bazı şeyler satın alırım.					
9.	O kadar fazla internette alışveriş yapıyorum ki günlük yükümlülüklerim (ör: okul ve iş) olumsuz yönde etkileniyor.					
10.	İnternette alışveriş yapmam sebebiyle hobilerime, boş zaman etkinliklerime, iş/okul ya da egzersizlerime daha az öncelik veririm.					
11.	İnternette alışveriş yapmam sebebiyle sevgili/ eşimi, ailemi ve arkadaşlarımı ihmal ederim.					
12.	İnternette alışveriş yapmam sebebiyle genellikle diğerleriyle konuşmalarım tartışmayla biter.					
13.	İnternette alışveriş yapmak için kendimde artan bir eğilim hissediyorum.					
14.	İnternette planladığımdan çok daha fazla alışveriş yaparım.					
15.	Eskiden olduğu gibi doyuma ulaşamam için gittikçe daha fazla miktarda internette alışveriş yapmak zorunda hissediyorum.					
16.	İnternette alışveriş yapmak için gittikçe daha fazla zaman harcıyorum.					
17.	İnternette alışveriş yapmayı azaltmaya yönelik başarısız denemelerim oldu.					
18.	Başkaları tarafından internette alışveriş yapmayı azaltmam gerektiği söylendi.					
19.	İnternette alışveriş yapmayı azaltmaya karar verdim ama henüz başaramadım.					
20.	İnternette alışveriş yapmayı bir süreliğine kısıtlamayı başardım ama sonra bu alışkanlığım nüksetti.					
21.	İnternette alışveriş yapmam engellenirse, strese girerim.					
22.	Bazı sebeplerden dolayı internette alışveriş yapamayacağımı hissedersen huysuz ve hırçın olurum.					
23.	Bazı sebepler internette alışveriş yapmamı engellerse kendimi kötü hissedirim.					
24.	Son internet alışverişimin üzerinden zaman geçtiyse, çevrimiçi alışveriş yapmak için güçlü bir dürtü hissedirim.					
25.	İnternette o kadar çok alışveriş yaparım ki, parasal sorunlara sebep olur.					
26.	İnternette o kadar çok alışveriş yaparım ki, psikolojik sağlığımı bozar.					
27.	İnternette alışveriş yapma sorunum hakkında o kadar çok endişelenirim ki, bazen beni uyku tutmaz.					
28.	İnternette yaptığım alışverişler yüzünden vicdanen rahatsız olurum.					

EGZERSİZ BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ (EBÖ)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Kendimi kötü hissettiğimde egzersiz yapmak beni rahatlatır.	1	2	3	4	5
2.Egzersiz yapmak bende heyecan ve coşku uyandırır.	1	2	3	4	5
3.Egzersiz yaptığımda mutlu olurum.	1	2	3	4	5
4.Tükenmiş hissettiğimde egzersiz yapmak bana iyi gelir.	1	2	3	4	5
5.Egzersiz yaptığımda zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	1	2	3	4	5
6.Egzersiz araçlarına gereğinden fazla para harcadığımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
7.Egzersiz yapmadığım bir hayat düşünemiyorum.	1	2	3	4	5
8.Egzersiz yapmadığım zaman kendimi yorgun/enerjisiz hissederim.	1	2	3	4	5
9.Egzersiz yapmak için okulumu/işimi aksattığım zamanlar olur.	1	2	3	4	5
10.Egzersize çok fazla zaman ayırdığım için diğer sosyal faaliyetlere (kültürel, sanatsal, vb..) zamanım kalmaz.	1	2	3	4	5
11.Arkadaşlarımla/ailemle zaman geçirmek mi yoksa egzersiz yapmak mı noktasında çatışma yaşarım.	1	2	3	4	5
12.Egzersiz yaparken beslenme ihtiyacımı ertelemeye çalışırım.	1	2	3	4	5
13.Sakatlandığım durumlarda bile egzersiz yapmayı sürdürürüm.	1	2	3	4	5
14.Planladığımdan daha uzun süre egzersiz yapmaktan kendimi alamıyorum.	1	2	3	4	5
15.Egzersiz yapacağım zamanın gelmesini sabırsızlıkla beklerim.	1	2	3	4	5
16.Egzersiz yapmadığım zamanlarda bile egzersiz yapmayı hayal ederim.	1	2	3	4	5
17.Her defasında aynı sürede egzersiz yapmak beni tatmin etmez.	1	2	3	4	5