TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

# REMİSYONDAKİ BİPOLAR BOZUKLUK TİP 1 HASTALARINDA KOMORBİDİTE, MİZAÇ VE İNTİHAR OLASILIĞI İLİŞKİSİ

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Emel GÖKDEMİR**

**DANIŞMAN**
**Prof. Dr. Hüseyin H. ÖZSAN**

ANKARA
2011

# KABULVE ONAY

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI

Sayı: B.30.2. ANK.0.20.11.15-204.99-
Konu:

Ankara

26.10.2011

**-T U T A N A K-**

Anabilim Dalımız Araştırma Görevlilerinden **Dr. Emel GÖKDEMİR**'in **" REMİSYONDAKİ BİPOLAR BOZUKLUKLU HASTALARDA KOMORBİDİTE İŞLEVSELLİK, İNTİHAR OLASILIĞI ve MİZAÇ İLİŞKİSİ"** adlı tezi jüri üyeleri tarafından incelenerek 26 .10.2011 günü öğretim üyelerinin de hazır bulunduğu toplantıda adayın sözlü savunması alınmış, tezin yeterli ve başarılı olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Durumu bildirir tutanak tarafımızdan tanzim ve imza edilmiştir.

**Prof.Dr. Hüseyin Hamdi ÖZSAN**
**Ruh Sağlığı ve Hastalıkları**
**Anabilim Dalı Öğretim Üyesi**

**Prof.Dr. Abdülkadir ÇEVİK**
**Ruh Sağlığı ve Hastalıkları**
**Anabilim Dalı Başkan.V.**

**Doç.Dr.İnci Özgür İLHAN**
**Ruh Sağlığı ve Hastalıkları**
**Anabilim Dalı Öğretim Üyesi**

# ÖNSÖZ

Tezimin gerçekleşmesindeki yardım ve katkılarından dolayı, tez hocam Prof. Dr. Hüseyin Hamdi Özsan'a,

Uzmanlık eğitimimi aldığım bu kurumu Türkiye'nin en müstesna kliniği haline getirmek için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan değerli hocam, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Abdülkadir Çevik'e,

Kişisel gelişimime ve eğitimime katkılarından dolayı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma,

Asistanlığımın her aşamasındaki büyük katkılarından dolayı değerli ablalarım Doç. Dr. Ayşegül Yılmaz Özpolat'a ve Doç. Dr.Tuğba Özel Kızıl'a

İhtiyaç duyduğum her an yanımda olan değerli dostlarım Dr. H. Özge Altıntaş ve Dr. Gökçen Turan'a,

Beş yıllık asistanlık yaşantımı güzelleştiren, birlikte çalışmaktan büyük zevk aldığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Tüm yaşamım boyunca sonsuz desteklerini benden esirgemeyen babam Mustafa Gökdemir ve annem Ülfiye Gökdemir'e,

Ve varlıklarıyla bana her zaman güç veren tüm aileme ve dostlarıma en içten teşekkürlerimle...

Emel GÖKDEMİR

# İÇİNDEKİLER

**Sayfa No:**


KABULVE ONAY ..... i
ÖNSÖZ ..... ii
İÇİNDEKİLER ..... iii
TABLOLAR DİZİNİ ..... v
1. GİRİŞ ..... 1
2. GENEL BİLGİLER ..... 3
2.1. Tanım ..... 3
2.2. Bipolar Bozukluğun Tarihçesi ..... 5
2.3 Epidemiyoloji ..... 6
2.4. Bipolar Bozukluğun Sınıflandırılması ..... 6
2.4.1. Bipolar Bozuklukların Sınıflandırılmasında Yenilikler ..... 8
2.5. Bipolar Bozuklukta Klinik Özellikler ..... 10
2.5.1. Bipolar Bozuklukta Gidiş ve Sonlanım ..... 11
2.5.2. Bipolar Bozuklukta Komorbidite ..... 12
2.5.3. Bipolar Bozukluk ve Anksiyete ..... 13
2.6. Alkol ve Madde Kullanımı ..... 16
2.7. Kişilik Bozuklukları ..... 16
2.8. Diğer Komorbiditeler ..... 17
2.9. Bipolar Bozukluk ve Mizaç ..... 18
2.9.1. Cloningerin Kişilik Kuramı ve Bipolar Bozukluk ..... 21
2.9.2. Bipolar Bozukluk ve İntihar ..... 25
2.9.3. Bipolar Bozukluk ve İşlevsellik ..... 27
2.9.4. Bipolar Bozuklukta Kalıntı Belirtiler ..... 29
2.10. Çalışmanın Amacı ve Hipotezleri ..... 31
3. GEREÇ VE YÖNTEM ..... 32
3.1. Örneklem ..... 32
3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri ..... 32
3.1.2. Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri ..... 33
3.2. Veri Toplama Araçları ..... 33

3.2.1. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) ..... 33
3.2.2. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği(HAM-D), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) ..... 34
3.2.3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), (Young Mania Rating Scale (YMRS) ..... 34
3.2.4. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) (Temperament and Character Inventory; TCI). ..... 34
3.2.5. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (Personal and Social Performance Scale; PSP) ..... 35
3.2.6. İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ), Suicide Probabilty Scale (SPS) ..... 36
3.3. İstatistiksel Analiz ..... 37
4. BULGULAR ..... 38
5. TARTIŞMA ..... 56
6. SONUÇ ..... 64
ÖZET ..... 65
ABSTRACT ..... 67
KAYNAKLAR ..... 69
EKLER ..... 82

# TABLOLAR DİZİNİ

**Sayfa No:**


**Tablo 1.** Demografik Veriler ve Tanımlayıcı İstatistikler ..... 41

**Tablo 2.** Hastaların Mizaç ve Karakter Envanteri Profillerindeki Toplam Puanları ..... 43

**Tablo 3.** Komorbidite ile yaş, hastalık süresi, epizod sayısı, ataklar arası ortalama süre ilişkisi: t testi sonuç tablosu ..... 44

**Tablo 4.** Komorbidite ile cinsiyet ilişkisi ..... 44

**Tablo 5.** Komorbidite ile evlilik durumu ilişkisi ..... 45

**Tablo 6.** Komorbidite ile çalışma durumu ilişkisi ..... 45

**Tablo 7.** Komorbidite ile eğitim durumu ilişkisi ..... 45

**Tablo 8.** Komorbiditesi Olan ve Olmayan Hastaların Yaş, İntihar Olasılığı Ölçeği ve Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Bakımından Karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplar İçin t Testi ve Mann-Whitney U Testi ..... 46

**Tablo 9.** Son Ataktan Sonra Geçen Süreleri 1 Yıl, 2 Yıl ve 3 Yıl ve Üstü Olan Hasta Gruplarının Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Bakımından Karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H Testi ..... 47

**Tablo 10.** Evli, Bekâr ve Boşanmış Hastaların Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Bakımından Karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H Testi ve Mann-Whitney U Testi ..... 48

**Tablo 11.** Çalışan ve Çalışmayan Hastaların Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Bakımından Karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplar İçin t Testi ..... 50

**Tablo 12.** Ataklar Arasında Geçen Ortalama Süre, İntihar Olasılığı Ölçeği ve Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Değişkenlerinin İlişkilerinin Araştırılmasında Pearson Korelasyon Testi ..... 51

**Tablo 13.** Komorbiditesi Olan ve Olmayan Hastaların Mizaç ve Karakter Envanteri Profillerindeki Puanlarının Karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplar İçin t Testi ..... 52

**Tablo 14.** Mizaç ve Karakter Envanteri Profilleri Puanlarının ile İntihar Olasılığı Ölçeği ve Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Puanlarının İlişkilerinin Araştırılmasında Pearson Korelasyon Testi ..... 54

# 1. GİRİŞ

Her beş kadından ve her on erkekten biri yaşamının herhangi bir döneminde depresif bozukluklara yakalanmaktadır. Mani ya da hipomani ile dönüşümlü olarak giden depresif dönemler bipolar afektif bozukluk ( BAB ) olarak tanımlanmaktadır. Bipolar bozukluk relaps ve remisyonlarla seyreden ve atak dönemlerinde işlevsellikte ciddi bozulmalara yol açabilen bir rahatsızlıktır. Yaşam boyu prevalansı %1 olarak bildirilmekle bildirilmekle birlikte, son yıllarda bir spektrum olarak görülmekte ve bu gruptaki bozuklukların genel nüfusun % 5'inde ve bütün depresyonlar içinde % 50'lere kadar yükselebilen oranlarda görüldüğüne dair ikna edici veriler bulunmaktadır (Kaplan and Sadock's 2004). BAB Dünya Sağlık Örgütüne göre en fazla yeti yitimine neden olan ilk 10 hastalıktan biri arasında yer almaktadır (Scott, 2000). Bipolar bozuklukta eksen 1 ve eksen 2 komorbiditesi sıklıkla görülmektedir (Krishnan, 2005). Bipolar tip 1 hastalarında, yaşam boyu psikiyatrik komorbidite oranı %50-70 arasında değişmektedir. Eksen 1 komorbiditesi afektif belirtilerin daha erken yaşta ortaya çıkması, hızlı döngülülük, döngülerin şiddetinin giderek artmasıyla ilişkili bulunmuştur (Mcelroy, 2001). Komorbidite ayrıca kötü prognoz, daha yüksek intihar riski, depresyon başlangıcı riski ve daha düşük lityum cevabıyla ilişkili bulunmuştur (Krishnan, 2005).

Günümüzde bipolar bozukluk yelpazesinin bir ucunda afektif mizacın yer aldığı düşünülmektedir. Afektif mizaç bir duygudurum hastalık dönemi ölçütlerini karşılamamaktadır ama tanısal geçerliliği vardır, yapısal ve genetik olarak aktarılabilir olmakla birlikte tedavi gerektirmemektedir. Bu özellikleriyle afektif mizaç bipolar bozukluk için, genlerden hastalıklara uzanan nedensellik zincirinde bir aracı, eşlikçi, endofenotip olarak kabul edilebilir (Kesebir, 2005). Öte yandan afektif mizaç özellikleri bipolar bozukluğun etiyolojisi, fenomenolojisi ve tedavisi ile ilişkili bulunmaktadır. Afektif mizaç ve bipolar bozukluk ilişkisinde öne sürülen özellikler arasında ailesel yüklülük, erken başlangıç, yüksek oranda yineleme ve antidepresan etkisi altında manik kaymaya yatkınlık sayılmaktadır (Akiskal 1996, Hantouche ve ark. 1998, Brieger ve ark. 2003).

Bipolar bozukluk, intihar düşüncesi, intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlarla oldukça yakından ilişkilidir. Hastaların %10-19'u intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Abreu, 2009).

Bipolar bozuklukta intihar düşüncesi oldukça sık görülür ancak bunun gelecekteki intihar davranışlarının yordayıcısı olup olmadığı henüz netlik kazanmamıştır. Prevalans çalışmalarında bu oran %14-59 arasında değişmektedir. Ancak intihar düşüncesini etkileyen faktörleri ve bunun intihar girişimleriyle ilişkisini inceleyen az sayıda çalışma mevcuttur. İntihar düşüncesiyle ilgili bazı risk faktörleri; ailede afektif bozukluk hikâyesinin olması, ciddi depresyon, intihar girişimi öyküsü, alkol veya madde kullanımı, panik bozukluk ve erken yaşta başlangıç olarak bildirilmiştir (Abreu,2009).

Eksen 1 komorbiditesinin de tamamlanmış intihar ve intihar davranışıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Simon ve arkadaşlarının çalışmasında anksiyete bozukluğu komorbiditesinin riski 2.45 kat arttırdığı gözlenmiştir (Simon, 2004). Diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi alkol ve madde bağımlılığı bipolar bozuklukta da intihar riskini arttırmaktadır (Keith, 2005). Tondo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada madde kullanımının, komorbid psikiyatrik hastalıktan bağımsız olarak riski 2 kat arttırdığı gözlenmiştir. Goldberg ve arkadaşlarının çalışmasında ise alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığının riski 4 kata kadar attırdığı gözlenmiştir. (Abreu, 2009).

Bipolar bozukluklu hastaların ilaç tedavisi altında olduğu ve remisyonda kabul edildiği dönemlerde de işlevselliklerinin sağlıklı kontrollere göre bozuk olduğunu gösteren az sayıda çalışma mevcuttur. Remisyondaki bipolar hastalarda işlevsellik düzeyinin belirlenmesi, tüm bu faktörler arasındaki ilişkilerin ve işlevsellik üzerine etkilerinin ortaya çıkarılması bipolar bozukluk için ek müdahale alanları yaratılmasına yardımcı olabilir.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. Tanım

Duygulanım (affect) bireyin uyaranlara, olaylara, anılara, düşüncelere, duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Neşe, öfke, üzüntü, nefret, kin, sıkıntı gibi.

Duygudurum (mood) ise bireyin bir süre, değişik derecelerde rahat, neşeli, üzüntülü, tedirgin, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunuşudur.

Neşe, üzüntü, öfke, kin, nefret, sıkıntı, korku, utanç, şaşkınlık doğal duygulardır. Ancak bunlar uzun süre aşırılaştığında duygudurum bozukluklarından söz edilebilir. Ortada belirgin bir neden yokken ya da bilinçdışı nedenlerle ağır ve uzun süreli üzüntüye öfkeye kapılmak ya da coşku içerisinde olmak normal sayılamaz.

Her türlü ruhsal rahatsızlıkta duygulanım niceliksel ya da niteliksel olarak az ya da çok etkilenir. Ancak, kimi ruhsal bozukluklarda ana belirti duygulanım ve duygudurumla ilgilidir. İşte bunlar duygulanım ya da duygudurum bozuklukları olarak tanımlanırlar (Öztürk M.O, 2008).

İnsanda duygudurum 4 ana başlıkta toplanmıştır.

Normal duygudurum (euthymia): Belli sınırlar içinde dalgalanmalar gösteren, fakat kişinin kendisine ya da yakınlarının gözlemlerine göre aşırılığı olmayan bir duygudurumdur. Kişi kendisini iyi hissetmektedir; öfke, sevinç, üzüntüsü olabilir, fakat bunlarda aşırılık yoktur ve çevredeki koşullara uygun bir süresi vardır.

Taşkın duygudurum(elated mood, high mood, euphoria): Kişinin günlük yaşamında aşırı neşelilik, kendini aşırı iyi hissetme egemendir.

Çökkün duygudurum (low mood, depressed mood): Kişinin günlük yaşamında üzüntü, elem, hüzün duygusu egemendir.

Sıkıntılı, tedirgin duygudurum (dysphoric mood): Kişinin günlük yaşamında tedirginlik, sıkıntı, öfke, mutsuzluk baskındır (Öztürk M.O, 2008).

DSM-IV'e göre duygudurum bozukluklarının sınıflandırılması

- Depresif bozukluklar
- Major depresyon
  - Tek dönem
  - Yineleyici
- Distimik bozukluk
- Başka türlü adlandırılamayan depresif bozukluk

- Bipolar bozukluklar
  - Bipolar I bozukluğu
  - Bipolar II bozukluğu
  - Siklotimik bozukluk
  - Başka türlü adlandırılamayan bipolar bozukluklar
- Genel tıbbi duruma ve madde kullanımına bağlı duygudurum bozuklukları
- Başka türlü adlandırılamayan duygudurum bozukluğu (DSM-IV, 2000)

Bipolar affektif bozukluk (iki uçlu bozukluk), belirli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma ataklarla giden ve ataklar arası kişinin tamamen sağlıklı duygudurumu haline (ötimi) dönebildiği kronik seyirli duygulanım bozukluğunu tanımlar (Işık E, 2003).

Bipolar bozukluk tipik olarak 20'li, 30' lu yaşlarda başlar. İlk epizod manik, depresif veya karma olabilir. En sık görülen tiplerden biri, birkaç hafta ya da birkaç ay süren hafif retarde depresyon veya hipersomni döneminin ardından gelen manik epizod şeklindeki başlangıçtır. Şizofreniform özellikler gösteren psikotik özellikli mani veya mani dönemi öncesindeki ciddi depresif epizod şeklinde de başlayabilir.

## 2.2. Bipolar Bozukluğun Tarihçesi

Duygudurum bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Tarih öncesi çağlara ait din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır depresyon ve mani nöbetleri geçiren hastalar anlatılmıştır. Ayrıca bu hastalıkların mizaçla ilişkisine de vurgu yapılmıştır. M.Ö. 400'lü yıllarda uykusuzluk, yememe, keder, irritabilite, umutsuzluk halindeki görünüm için "melankoli" deyimini ilk olarak Hipokrat kullanmış ve bunu kara safraya bağlamıştır. Böylelikle, Yunan hekimleri, durumu isimlendirerek ruhsal hastalıkların ilk biyokimyasal formulasyonunu ortaya atmışlardır. Bu formulasyona göre Satürn gezegeninin etkisinde olan kasvetli melankolik mizaç dalağın kara safra salgılamasına neden oluyordu. Sonuçta da bu kara safra beyni etkileyerek kişinin ruh halini gölgelendiriyordu (Kaplan And Sadock's, 2004). Ancak 'mani' kelimesinin dilsel kökenleri bu kadar net değildir. Romalı hekim Caelius Aurelianus tarafından birçok etimoloji ortaya atılmıştır. Yunanca kökenli olan 'ania' (ciddi zihinsel acı) ve 'manos' (rahatlamak) kelimelerinin, zihnin aşırı rahatlaması anlamını karşıladığını öne sürmüştür (Marneros, 2001).

Mani ve depresyon arasında bir bağlantı olduğu düşüncesi 2. Yüzyılda ortaya atılmıştır. Soranus (98–177 AC) mani ve melankoliyi farklı etiyolojileri olan ayrı hastalıklar olarak tanımlamakla birlikte birçok hekim melankoliyi mani hastalığının bir alt türü olarak düşünmüştür. Mani ve melankoli arasındaki ilişkiye dair ilk yazılı bilgiler Kapadokyalı Aretaeus'a atfedilmektedir (Marneros, 2001).

Duygudurum bozukluklarıyla ilgili ilk İngilizce makale Robert Burton'un 'Melankolinin Anatomisi' adlı kitabında yer almaktadır. Burton'un bahsettiği tablonun günümüzde bipolar bozukluk tip 2 olduğu düşünülmektedir (Kaplan And Sadock's, 2004).

19. yüzyılda Fransız ve Alman ruh hekimleri mani ve melankolinin değişik türlerini, klinik belirtilerini yazmışlarsa da hepsini "psikoz manyak depresif" adı altında toparlayan, hastalığın belirtilerinin, gidiş ve sonlanımının tanımlanmasını yapan Kraepelin olmuştur. Kraepelin'in erken bunama (dementia praecox) ile manik depresif hastalığı ayırma çabaları düşünce ve duygulanımın ayrımına denk gelmekle

birlikte, Kraepelin hiçbir yerde manik depresif hastalığı birincil bir duygulanım bozukluğu olarak adlandırmamıştır (Öztürk MO, 2008).

## 2.3 Epidemiyoloji

Bipolar Affektif Bozukluk önemli ölçüde morbidite ve mortaliteye yol açan

ciddi bir hastalıktır. Bipolar I bozukluk, erişkin populasyonun ortalama % 0.8' ini

etkiler. Bu oran, toplum örneklerinde % 0.3-1.5 arasında değismektedir. Kültürel

ve etnik gruplar arasında fark yoktur. Bipolar II bozukluk, toplumun % 0.5' ini etkiler ve siklotimi için de oran % 0.4-1 olarak bildirilmistir (Işık, 2003, Benazzi, 2007).

## 2.4. Bipolar Bozukluğun Sınıflandırılması

Tanı sistemlerinde yer alan bipolar bozukluk kavramı, en az bir hipomanik, manik ya da karışık epizodun bulunmasıyla özelliklidir.

DSM-IV'te mani nöbeti için en az bir hafta sürmesi ya da hastaneye yatmayı gerektirecek düzeyde olması gerekliliği getirilmiştir. Mani belirtilerinden en az üç tanesinin bulunması, duygudurum irritabl ise dört belirtinin bulunması şartı aranmaktadır. Karışık nöbette ise en az bir hafta süreyle hem mani hem de majör depresyon tanı kriterlerinin bulunması gereklidir. Hipomani nöbeti ise en az 4 gün süreyle bulunması, belirtilerin işlevselliği bozacak ölçüde ya da hastaneye yatmayı gerektirecek ölçüde olmaması ve psikotik belirtilerin bulunmaması ile mani nöbetinden ayrılmaktadır (DSM-4 2000).

DSM-IV'te Bipolar bozukluk, Bipolar I, Bipolar II, Başka türlü adlandırılamayan ve madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı bipolar bozukluk olarak sınıflandırılmıştır. Bipolar I bozuklukta en az bir mani ya da karışık nöbet söz

konusudur. Bipolar II bozuklukta ise en az bir major depresif nöbet ile bir hipomani nöbeti bulunması gereklidir. Siklotimik bozukluk ise en az iki yıl süreyle major depresyon tanı kriterlerini karşılamayan depresif nöbetler ile hipomani nöbetlerinin bulunması ve iyilik dönemlerinin iki aydan fazla olmaması ile özellikli bir durumdur. İlk iki yılda major depresif, manik ya da karışık nöbetlerin bulunmaması şartı aranmaktadır (DSM-4, 2000).

Mani ya da major depresyon nöbeti için süre kriterinin karşılanmadığı durumlar, depresif belirtilerin araya girmediği tekrarlayan hipomani nöbetlerinin bulunduğu durumlar, sanrılı bozukluk, rezidüel şizofreni ve başka türlü adlandırılamayan psikotik bozukluk ile beraber görülen mani ya da karışık tip nöbetler ile klinisyenin birincil mi, yoksa madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı olup olmadığını ayırt edemediği bipolar bozukluklar DSM-IV'te başka türlü adlandırılamayan bipolar bozukluk olarak sınıflandırılmıştır (DSM-4,2000).

Ancak, DSM-IV' te antidepresan tedavi (ilaç tedavisi ve EKT) sırasında ortaya çıkan mani, hipomani ya da karışık nöbetlere yer verilmemektedir.

Hızlı Döngü, DSM-IV'e göre yılda en az 4 hipomani, mani ve ya depresyon dönemi yaşayan hastaları kapsar. Bunun yanında, ayda 4ten fazla atak çok hızlı döngülü ve gün içinde değişen döngüler de farklı tanılar olarak değerlendirilebilir. Hızlı döngünün aynı şekil de mi devam edeceği yoksa klasik forma mı döneceği konusunda farklı sonuçlar bulunmuştur (Coryell, 2003).

ICD-10'da ise Bipolar bozukluklar "Bipolar afektif bozukluk" olarak adlandırılmıştır. Bipolar afektif bozuklukta hipomani veya mani epizodları ile öncesinde geçirilmiş mani, hipomani, depresif ya da karışık nöbet gibi herhangi bir afektif nöbetin varlığı gereklidir. DSM-IV'ten farklı olarak ICD-10'da tek bir mani nöbeti bipolar afektif bozukluk tanısı için yeterli olmamaktadır. Ayrıca ICD-10'da kalıcı duygudurum bozukluğu başlığı altında hipomani ya da hafif depresif nöbetler olarak tanımlanamayacak kalıcı ve sıklıkla dalgalanmalarla seyreden duygudurum bozukluğuna da yer verilmiştir (ICD-10, 1992).

### 2.4.1. Bipolar Bozuklukların Sınıflandırılmasında Yenilikler

Duygudurum bozukluklarında klinik durumlar arasında dönüşümler görülebildiğinden bu bozukluklukların tanı sistemlerinde yer aldığı biçimiyle bipolar ve unipolar gibi kesin sınırlarla ayrılmasının doğru olmadığı düşünülmektedir. Ayrıca, bu ayrımın arada kalan olguları tanımlamada da yetersiz kaldığı üzerinde durulmaktadır.

Tanı sistemlerindeki bipolar bozukluk sınıflandırılmasına en fazla katkı ve eleştiri Akiskal ve ark. tarafından yapılmaktadır (Can,2006).

Akiskal, DSM-IV'teki bipolar bozukluk sınıflandırmasını genel anlamda yetersiz, bazı noktalarda ise tutucu olması nedeniyle eleştirmektedir. Akiskal tarafından eleştirilen başlıca noktalar şunlardır:

- Bipolar ve unipolar depresyonun aynı şekilde tanımlanmış olması,
- "Ilımlı bipolar" bozuklukların yeterince ele alınmamış olması
- Karışık tip nöbet için depresif ve manik nöbetin tüm kriterlerinin karşılanmasının gerekmesi
- Ailede bipolar bozukluk öyküsüne yer verilmemesi
- Mizaç özellikleri üzerinde durulmaması

Akiskal, 1983 yılında önerdiği bipolar spektrumunda Bipolar I, Bipolar II, Bipolar III ve unipolar depresyonlardan bahsetmiştir. Buna göre Bipolar I, en az bir mani nöbeti ile özellikli bir bozukluktur. "Ilımlı bipolar" olarak tanımladığı Bipolar II ise, hipomani ile beraber görülen tekrarlayan depresif nöbetler ve/veya siklotimik bozukluktan oluşmaktadır. Bipolar III bozukluğu ise hipertimik mizaç ve/veya bipolar aile öyküsü varlığında tekrarlayan depresif nöbetlerle özellikli, "yalancı unipolar" olarak tarif etmiştir. Yapılan çalışmalarda yalancı unipolar hastaların tüm unipolar depresyon hastalarının % 10-20sini oluşturduğu saptanmıştır. Akiskal, ilaç

tedavisi sırasında gelişen hipomanik dönemlerin varlığını da Bipolar III kavramına dahil etmiştir (Akiskal, 2006).

Akiskal, yalancı unipolar hastalarda depresyona eşlik eden hipertimik mizaç özelliklerini tanımlamıştır. Buna göre hipertimide yaşam boyu canlılık ve aşırı kendine güven söz konusu olup, hipomaniden en önemli farkı dönemsel özellik göstermemesidir (Akiskal, 2006).

Ayrıca, Akiskal ve ark. DSM-IV'deki tanımın tersine hipomaninin genellikle 4 günden daha kısa sürdüğünü ve mani ile hipomaniyi belirti şiddetine göre (psikotik belirtilerin varlığı dışında) ayırt etmenin zor olduğunu belirtmektedirler (Akiskal, 2006).

Angst ve arkadaşları hipomaninin major depresif belirtilerle beraber görülebildiğini ve bu olguların Bipolar II bozukluğun bir başka alttürü olarak adlandırılabileceğini öne sürmüşlerdir (Angst,2003).

Akiskal ve ark. Fransa'da yürüttükleri EPIDEP çalışmasında önerdikleri bipolar spektrumun klinik pratiğe uygulanabilirliğini araştırmışlardır. Bu çalışmada, major depresyon olgularının dosyaları önceden eğitim verilen psikiyatristler tarafından Akiskal'ın önerdiği kriterler dahilinde değerlendirilmiş ve olguların % 65'inde bipolar spektrum bozukluğu saptanmıştır. Yazarlar bu sonuçtan yola çıkarak, diğer ülkelerde de eğitim verildikten sonra yeni bipolar spektrum uygulamalarına geçilebileceğini belirtmişlerdir (Akiskal, 2006).

**Akiskal tarafından tanımlanan bipolar sınıflandırması aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır.**

**Bipolar ½** Şizobipolar bozukluk

**Bipolar I** Mani

**Bipolar I ½** Uzamış hipomani

**Bipolar II** Spontan hipomani

**Bipolar II ½** Siklotimik depresyonlar

**Bipolar III** Antidepresanlara bağlı hipomani

**Bipolar III ½** Uyarıcılara ya da alkol kullanımına bağlı duygudurumda uzamış dalgalanmalar

**Bipolar IV** Hipertimik depresyon (Akiskal,1999)

Sonuç olarak, yapılan çalışmalar ve teorik formülasyonlar yardımıyla genişletilen bipolar spektrum kavramı ile Kraepelin'in manik-depresif hastalık kavramına geri dönüş olduğundan bahsedilmektedir (Can, 2006).

## 2.5. Bipolar Bozuklukta Klinik Özellikler

DSM IV'de duygudurum bozuklukları arasında yer alan bipolar bozukluğun mani döneminde hasta canlı, çok hareketli, aşırı güvenlidir. Kendisini iyi, hatta çok iyi hissettiği için doktora gelmesi gerektiğini kabul etmez. Hem hekime, hem de kendisini getirenlere öfkelidir. Konuşması yüksek sesli, hızlı ve artmıştır. Düşüncedeki aşırı üretime uygun olarak konuşma sel gibi akar, daldan dala atlar. Duygulanımda coşku, aşırı neşe, sıklıkla öfke hakimdir. Buna coşkulu duygudurum (elevated mood) denir. Hastanın neşesi çevresindekilere de bulaşır. Ancak sadece neşenin hakim olduğu (öforik mani) tipik bir durum değildir. Duygudurumda oynamalar ( labile affect) sık görülür. Bilinç açık, yönelim ve bellek sağlamdır. Başlangıçta dikkat, algı ve bellek artması olursa da giderek dikkatini odaklaması güçleşir. Psikotik manide varsanılar (halusinasyon) görülebilir. Hastada düşünce süreci, yani çağrışımlar hızlanmıştır. Sürekli konuşur, konudan konuya atlar. Belirli bir konu üzerinde duramaz. Fikirler hızla birbirini izler (fikir uçuşması) (Öztürk MO 2008, Sayıl I. 2000).

Düşüncenin içeriği genellikle benlik kabarmasını yansıtan niteliktedir. Hastanın kendine güveni artmıştır. Herkesten üstün nitelikli olduğuna inanır. Büyüklük düşünceleri giderek büyüklük sanrılarına dönüşür. Manik dönemdeki hastaların

yarısında psikotik belirtiler görülür. Psikotik belirtileri olan hastaların % 67'sinde bu belirtiler duygudurumla uyumlu iken kalan üçte birinde duygudurumla uyumlu olmayan sanrılar görülebilir. Manide görülen duygudurumla uyumlu olmayan sanrılar genelde paranoid türdedir (Öztürk MO 2008).

Psikomotor aktivitede artma belirgindir. Hasta sürekli hareket halindedir, yorulmak nedir bilmez, uyku gereksinimi azalır. Hasta günlerce uyumaz, sürekli olarak bir şeyler yapmaya çalışır (Sayıl I, 2000).

Depresyondaki bir hastada genelde yüz çizgileri belirgin, omuzlar çöküktür, yüzünde üzüntülü bir ifade vardır. Konuşma alçak sesli ve yavaştır. Duygudurum çoğu zaman umutsuzluk, çökkünlük, çaresizlik olarak tanımlanır. Yönelim bozukluğu yoktur. Çoğu hasta unutkanlıktan yakınır. Düşüncelerini bir konu üzerinde yoğunlaştırma ya da karar verme yetilerinin bozulduğunu söylerler. Psikomotor değişiklikler arasında retardasyon ya da ajitasyon vardır. Enerjide azalma olması, yorgunluk ve bitkinlik sık görülür. Hastaların yaklaşık % 65'inde intihar düşünceleri vardır ve yaklaşık %15'i intihar girişiminde bulunur(Benazzi, 2007). Genellikle duygudurumla uyumlu sanrılar görülebilir.

Karma epizodda mani ve depresyon belirtileri bir arada görülür. Semptomlar arasında sıklıkla ajitasyon, uykusuzluk, iştahsızlık, psikotik özellikler intihar düşünceleri vardır (Dell'Osso,1993).

### 2.5.1. Bipolar Bozuklukta Gidiş ve Sonlanım

Bipolar bozukluk tip I genellikle depresyonla başlar (kadınlarda %75, erkeklerde %67). Hastaların çoğu hem depresif hem de manik epizod yaşar. Ancak %10 hastada sadece manik epizod görülür. Hastaların % 90'ında ilk manik dönem sonrasında hastalık dönemleri tekrarlamaktadır. Hastalık ilerledikçe epizodlar arası süre kısalır. Genellikle 5 epizoddan sonra epizod aralığı 6-9 ayda sabitlenir. Hastaların %5-15'inde yılda 4 veya daha fazla epizod gözlenir ve bu hastalar hızlı döngülü olarak sınıflandırılır (Kaplan And Sadock's, 2004).

Bir manik epizod ortalama 5-10 hafta, bipolar depresif epizod 19 hafta, bipolar karma epizod ise 36 hafta sürebilmektedir. Karma ataklarının süresi mani ataklarına göre daha uzun sürmektedir (Akay,2008).

Bipolar hastaların % 50'si yaşamlarının yarısını semptomatik yasarlar. % 32 oranında depresyonda, % 9 oranında mani ya da hipomanidedirler. Hastaların büyük bir çoğunlugu hastalık dönemleri arasında islevsellik dönemlerine tam olarak geri dönerlerse de kimileri (% 20-30) afektif labilite ve kişiler arası ve mesleki zorluklar göstermeye devam ederler. Semptomatik iyileşmeden sonra işlevsel iyileşme uzun zaman alır. Hastalık dönemleri tekrarladıkça işlevsellikte ilerleyici bozulma görülür (Judd,2002).

Ortalama manik epizod sayısı 9 olmakla birlikte 2 ila 30 arasında değişebildiği bildirilmiştir. Hastaların %40'ında 10'dan daha fazla epizod görülür. Uzun süreli takipte hastaların %15'inde belirtiler geriler, %45'inde birden fazla relaps ortaya çıkar,%30'unda kısmi remisyon gözlenir ve %10 vaka kronikleşir.

Alkol bağımlılığı, psikotik özellikler, remisyon döneminde devam eden depresif belirtilerin olması ve erkek cinsiyet kötü prognozla ilişkilendirilmiştir. Manik epizodların kısa süreli olması, geç başlangıç, intihar düşüncesinin olmaması, komorbiditenin olmayışı iyi prognozla ilişkilendirilen faktörler arasındadır(Kaplan, Sadock's 2004).

### 2.5.2. Bipolar Bozuklukta Komorbidite

Komorbidite bir hastada iki farklı hastalığın bulunması durumudur. Bipolar bozuklukta eksen 1 ve eksen 2 komorbiditesi sıklıkla görülmektedir (Krishnan, 2005). Bipolar tip 1 hastalarında, yaşam boyu psikiyatrik komorbidite oranı %50-70 arasında değişmektedir. Oranlar arasındaki bu fark çalışılan populasyonların farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

288 hastayla yapılan bir çalışmada, %65 hastanın en az bir, %42'sinin 2 veya daha fazla, %24'ünün ise 3 veya daha fazla eksen 1 komorbiditesi için DSM-IV kritelerini

karşıladığı gözlenmiştir (Mcelroy,2001). Eksen 1 komorbiditesi afektif belirtilerin daha erken yaşta ortaya çıkması, hızlı döngülülük, döngülerin şiddetinin giderek artmasıyla ilişkili bulunmuştur(Mcelroy, 2001). Komorbidite ayrıca kötü prognoz, daha yüksek intihar riski, depresyon başlangıcı riski ve daha düşük lityum cevabıyla ilişkili bulunmuştur (Krishnan, 2005).

ECA (Epidemiological Catchment Area) çalışmasında hastaların %46' sında alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı, %41 inde madde kullanımı, %2' inde panik bozukluğu ve %21'inde obsesif kompulsif bozukluk olduğu bildirilmiştir.

Bipolar hastalarla yapılan bir başka çalışmada hastaların %65'inde en az bir eksen bir komorbiditesi olduğu gözlenmiştir. Eksen 1 komorbiditesi afektif belirtilerin daha erken başlamasıyla ilişkili bulunmuştur (Robert 2005).

### 2.5.3. Bipolar Bozukluk ve Anksiyete

Majör depresyon ile anksiyete bozuklukları arasında, klinik ve fenomenolojik açıdan belirgin bir ilişki olduğu, uzun zamandan beri bilinmektedir. Diğer bir duygudurum bozukluğu olan bipolar bozukluk ile anksiyete bozukluklarının birlikteliğinin klinik özellikleri, epidemiyolojisi ve tedavisi üzerinde ise aynı yoğunlukta durulmamıştır. Bu ilişkiyi araştıran öncü çalışmalardan biri, Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen ECA (Epidemiologic Catchment Area) çalışmasıdır. Bu epidemiyolojik çalışmada, panik bozukluğu ek tanısının bipolar bozukluğu olan hastalarda, unipolar bozukluğu olan hastalara göre daha yüksek oranlarda bulunduğu bildirilmiştir (ECA, 2002). İzleyen yıllarda, bipolar bozukluk ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştıran yayınların sayısı hızla artmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen en önemli sonuçlar; bu iki hastalık grubu arasındaki birlikteliğin oldukça yaygın olduğu ve anksiyete bozukluğu görülme sıklığının, genel topluma göre BAB hastalarında daha yüksek oranda bulunduğudur. Ayrıca bu birlikteliğin tanınmasının, hastalara doğru tanı konmasında ve uygun tedavi yaklaşımlarının belirlenmesinde çok büyük katkısı vardır. Bu birlikteliğin saptanamaması durumunda ise hastalık belirtilerinin

kişilik patolojisi olarak yorumlanabileceği, karma dönemlerin tanınmasında güçlük çekileceği ve tedaviye yanıtsızlığa neden olabileceğine dikkat çekilmiştir(Lut, 2007).

Ulusal komorbidite çalışmasında bipolar bozukluk ve anksiyete bozukluğu birlikteliği % 92.9 olarak bulunmuştur. Genel populasyonda bu oran % 24.9'dur. Macaristan'da yapılan bir çalışmada ise bipolar bozukluk, artmış yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk ve özgül fobi riskiyle ilişkili bulunmuştur. Unipolar depresyonla anksiyete bozukluğu birlikteliği çok fazla gündeme gelmiş olsa da, bazı çalışmalar bipolar bozukluktaki anksiyete bozukluğu komorbiditesinin unipolar depresyona göre daha fazla olduğunu öne sürmüşlerdir (Freeman, 2002).

ECA çalışmasında bipolar bozuklukta panik bozukluk komorbiditesi %21 iken bu oran unipolar depresyon için %10, genel populasyon için ise % 0.8 olarak bulunmuştur. Yani bipolar bozukluktaki anksiyete bozukluğu komorbiditesi riski unipolar depresyona göre 1.8 kat daha fazladır. Ulusal Komorbidite Çalışması'nda panik bozukluk komorbiditesi % 33 olarak bulunurken, genel populasyonda bu oranın % 3.5 olduğu bildirilmiştir (Kessler 1997). Mcelroy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %20'sinde panik bozukluk komorbiditesi olduğu gözlenmiştir (Mcelroy, 2001). Dilsaver ve arkadaşlarının çalışmasında panik bozukluk komorbiditesinin en çok bipolar depresyonla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Chen, 1995)

Hızlı döngülü bipolar bozuklukta panik bozukluk komorbiditesinin daha yüksek olduğu öne sürülmektedir. Karma epizoda ve hızlı döngülü bipolar bozukluktaki panik bozukluk komorbiditesinin yüksek oluşuna dayanarak aktif panik atakların depresif belirtilerle ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (Freeman, 2002).

Panik bozuklukta bipolar bozukluk komorbiditesinin de yüksek olduğu iddia edilmektedir. Bowen ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %23'ü bipolar bozukluk tanısı da almıştır (Bowen, 1995). Başka çalışmalarda bu oran %5 ile %13.5 arasında değişmektedir. Bipolar bozukluklu bireylerin birinci derece akrabalarında da panik bozukluk görülme sıklığı yüksektir. Bu birlikteliğin 18. Kromozomla bağlantılı olabileceği öne sürülmektedir (Freeman, 2002).

Bipolar bozuklukla obsesif kompulsif bozukluk (OKB) birlikteliği de oldukça sık görülen bir durumdur. Ancak major depresyon ve OKB birlikteliğinin aksine, bu konuyla ilgili çalışmalar sınırlıdır. Kruger ve arkadaşlarının 149 hastayla yaptıkları bir çalışmada bipolar hastaların %35'inde OKB komorbiditesi tespit edilmiştir (Krüger, 1995). Unipolar depresyon ve bipolar bozukluktaki oranlar benzerdir. ECA çalışmasında bu oran %21'dir (ECA, 2002). Perugi ve arkadaşlarının OKB hastalarında yaptıkları çalışmada bu oran %15 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada OKB hastalarındaki major depresyon komorbiditesi daha yüksektir (Perugi, 1997).

Ulusal komorbidite çalışmasında bipolar bozukluk hastalarının % 47'sinde sosyal fobi gözlenirken, genel populasyondaki oran %13 olarak bulunmuştur. 288 hastayla yapılan bir başka çalışmada bu oran % 16'dır. Aynı şekilde sosyal fobi hastalarında bipolar komorbiditesi de yüksek bulunmuştur. Sosyal fobi hastalarının tedaviye cevabının değerlendirildiği bir çalışmada, antidepresan tedavi verilen 18 hastadan 14'ünde hipomanik belirtiler ortaya çıkmıştır (Himmelhoch, 1998).

Macaristan da yapılan bir çalışmada ise bipolar bozuklukta sosyal fobi komorbiditesi %7.8 iken, unipolar depresyonda bu oran %17.6 olarak bulunmuştur.

Hem epidemiyolojik hem de klinik çalışmalarda, BPB ve YAB yaşam boyu birliktelik oranının % 3 ile % 43 arasında değiştiği bildirilmiştir. Boylan ve arkadaşları (2004) YAB' nin % 31.2 oranı ile BPB olan hastalarda yaşam boyu en sık görülen anksiyete bozukluğu olduğunu belirlemişlerdir. Aynı çalışmada YAB' nin diğer anksiyete bozukluklarından daha fazla işlev bozukluğuna ve ağır belirtilere yol açtığı gözlenmiş, ancak özgül olarak YAB' nin BPB sürecine olan etkisini araştıran bir çalışmanın yapılmamış olduğuna da dikkat çekilmiştir. BPB ile anksiyete bozuklukları arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı kabul edilmekle birlikte, genetik, epidemiyolojik ve fenomenolojik çalışmalar, YAB ile unipolar depresyon arasındaki ilişkinin başta BPB olmak üzere diğer bozukluklarla olan ilişkisinden daha belirgin olduğunu desteklemektedir (Lut,2007).

## 2.6. Alkol ve Madde Kullanımı

Bipolar bozukluğu olan hastalarda alkol kullanım bozuklukları eş tanısının oldukça sık olduğu bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda bu oranlar hastaların yarısına yaklaşmakta hatta aşabilmektedir. Bipolar bozukluğu olan hastalarda alkol kullanım bozuklukları iki geniş çalışmada %46 ve %58 olarak bulunmuştur. Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. 50 bipolar hastada eş tanı sıklığını değerlendiren bir çalışmada yaşam boyu alkol kötüye kullanımı oranı %10 bulunmuştur (Özyıldırım,2009).

Literatürde alkol kullanım bozukluğunun bipolar bozukluk gidişi üzerine etkisi çoğunlukla diğer madde kullanımları ile birlikte ele alınmıştır. Fakat bu hastaların çoğunluğunda alkol kullanım bozukluğu bulunmaktadır. Bu çalışmalara göre bipolar bozukluğu olan hastalarda madde kullanım bozukluğu(MKB) eş tanısının erkek cinsiyet, genç yaş, düşük eğitim ve boşanmış olmak gibi sosyodemografik özellikler; agresif ve impulsif eğilim gibi kişilik özellikleri; istenmeyen duygudurum belirtilerine yönelik "ilaç niyetine kullanma (self-medikasyon)" gibi tedavi ile ilintili etkenlerle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca MKB; daha yüksek oranda intihar girişimi, daha fazla hastaneye yatış, hızlı döngülülük, karma dönem tipi, geçmiş depresif dönem sayısı yüksekliği, B kümesi kişilik bozuklukları eş tanısı, ilk duygudurum döneminin erken yaşta ortaya çıkması gibi BAB klinik özellikleri ile de ilişkili bulunmuştur. Bipolar bozukluğa MKB eşlik ettiği durumlarda uzun süreli sonuçların daha olumsuz olduğu düşünülmektedir (Özyıldırım, 2009).

## 2.7. Kişilik Bozuklukları

Eksen 2 bozuklukları bipolar bozukluğun tanısını ve gidişatını olumsuz etkilemektedir. Remisyonda olan 52 hastayla yapılan bir çalışmada eksen 2 komorbiditesi %28 olarak bulunmuştur. Eksen 2 komorbiditesi olanlarda kalıntı belirtilerin daha şiddetli olduğu gözlenmiştir.

117 hastayla yapılan bir çalışmada ise bipolar bozukluk hastalarında kişilik bozukluğu komorbiditesi %38 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmaya dahil edilen unipolar hastalara göre narsistik kişilik bozukluğu oranı da daha yüksek bulunmuştur. Eksen 2 komorbiditesinin kötü prognoz, düşük işlevsellik, daha fazla ilaç kullanımı ve daha fazla alkol ve madde kullanımıyla ilişkili olduğu gözlenmiştir.

Bipolar bozukluk tip 2 deki duygudurum döngüleri, bozukluğun siklotimik mizaç ve borderline kişilik bozukluğundan ayrılmasını güçlendirmektedir. Ayrıca labilite ve kişilerarası duyarlılık gibi ortak özellikler de mevcuttur. Bipolar bozukluk ve borderline kişilik bozukluğunun örtüşmesinin tedavi açısından önemi vardır. 35 hastayla yapılan bir çalışmada, hastaların % 40'ı BKB ek tanısı almıştır. Bu alt grupta madde kullanımı ve DEHB'nin çocukluk belirtilerinin daha fazla olduğu gözlenmiştir(Krishnan,2005).

## 2.8. Diğer Komorbiditeler

61 hastayla yapılan bir çalışmada hastaların %13'ünde tıkınırcasına yeme bozukluğu olduğu gösterilmiştir. Yeme bozukluklarıyla duygudurum bozuklukları ailesel yığılım göstermektedir.

Çocukluk çağı bipolar bozukluğu kronik ve hızlı döngülüdür. Sıklıkla dikkate eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu(DEHB) ve davranım bozukluğuyla birliktelik göstermektedir. Ancak epidemiyolojik veriler sınırlıdır. Belirtilerin (dürtüsellik, dikkatsizlik, hiperkativite) örtüşmesi tanıyı güçleştirmekte ve ek tanı oranını arttırmaktadır. 104 çocukla yapılan bir çalışmada %59 oranında duygudurum bozukluğu komorbiditesi olduğu gözlenmiştir. Mani tanısıyla izlenen çocuklarda ilerleyen yıllarda belirtiler ortadan kaybolabilirken, DEHB tanısı alan çocuklarda uzun dönemde mani ortaya çıkabilmektedir (Krishnan,2005).

## 2.9. Bipolar Bozukluk ve Mizaç

Kişilik, Latince maske demek olan Persona' dan türemiş 'personality' kelimesinin Türkçe karşılığıdır. Davranışsal, psikolojik özelliklerin doğuştan gelen belirleyicileri ile sonradan kazanılanların ortaklaşa oluşturduğu yapı olarak tanımlanmaktadır. Birçok yazar kişiliğin mizaç, karakter ve zekâdan oluştuğu fikrine katılmaktadır. Mizaç halk arasında kullanılan biçimi ile huyu (temperament) ifade eder(Akay,2008). Mizacın karşılığı olan 'temperament' Latince 'karışım' anlamına gelen 'tempera' sözcüğünden türetilmiştir. Yapısal, genetik ve biyolojik temele dayanan tavır ve davranışları anlatmaktadır (Kesebir,2005). Karakter ise eski Yunanca'da nakşedilmiş anlamına gelen 'characteria' sözcüğünden türemiş olup, insanın yetiştiği aile çevresinden kaynaklana öğrenilmiş tavır ve davranışlara karşılık gelmektedir. Mizacın biyolojik, karakterin sosyal ve kültürel katkılarından bahsedilirken, zekânın hem yapısal, hem de sosyal özellikleri ile kişiliğin her fonksiyonunda değişiklik yaptığı vurgulanmaktadır. Yani bir arada yetiştirilen çocukların paylaştığı çevresel faktörler kişiliğin birkaç yönüne etki etse de temel mizaç üzerine etkisi çok azdır ya da hiç yoktur(Akay,2008).

Ruhsal bozukluklar, özellikle duygudurum bozuklukları ile kişilik, karakter ve mizaç arasındaki ilişki uzun yıllardır ilgi çekmiştir. Eski Yunan ve Roma' da dört suyuk (sarı, siyah, safra ve kan kırmızı) arasında bir denge olduğuna ve bu denge bozulduğu zaman hastalıkların ortaya çıktığına inanılırdı. Geçtiğimiz yüzyıla gelindiği zaman Kraepelin (1909-1915) "kişisel görüntü" (Almanca: 'personliche veranlagung', çağdaş anlamda: hastalık öncesi kişilik) ve bu kavramla bağlantılı "temel durumlar"ı (Almanca: grundzustande, İngilizce: fundamental states) tanımlamıştır. Dört temel duygulanım görünümünden söz eder; tipik depresyon ile ilişkili "depresif tip", unipolar mani ile ilişkili "manik ya da hipertimik tip", atipik depresyon ile ilişkili "irritabl" (sinirli) tip ve hem mani ve hem depresyon ile ilişkili "siklotimik" tip. Kraepelin duygulanım görünümlerinin ya yaşam boyunca duygudurum bozukluğu olmaksızın kişiliğin bir özelliği olduğunu ya da dönemsel (epizodik) hastalıklar için başlangıç noktası olduğunu ileri sürmüştür (Akdeniz,2004).

Akiskal ve arkadaşları Kraepelin' in "temel durumlar" kavramını yeniden hayata geçirerek mizacı (temperament) duygudurum bozukluklarının temeli olarak sunmuş ve duygulanım yelpazesini eşik altı duygulanım izlerinden ağır duygulanım bozukluğuna kadar çizmiştir. Akiskal duygulanım mizaçların (affective temperament) duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğunu iddia etmiş ve beş temel duygulanım mizacı tanımlamıştır: depresif, hipertimik (terimi Schneider' den ödünç almıştır ve bu Kraepelin' in manik tipine karşılık gelir), siklotimik, irritabl (sinirli) ve anksiyöz (endişeli) mizaç. Duygulanım mizaçlarını değerlendirmek için Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirmesi (MPPS-MD; Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego, TEMPS) geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Vahip ve arkadaşları tarafından tamamlanmıştır (Akdeniz,2004).

Mizaç ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki çeşitli şekillerde ele alınabilir: (1) Kraepelin'in varsayımına benzer şekilde kimi duygulanım mizaç özellikleri duygudurum bozukluklarının alt sendromal ya da alt duygulanım belirtilerini tanımlar; (2) Duygudurum hastalık dönemi belirtilerinin görünümünü renklendirir (örneğin, karma dönem ile saf manik dönem arasındaki görünüm farkı gibi); (3) Duygulanım mizacı duygudurum hastalık dönemine yol açmaz ama dönemin şiddetine etki eder; (4) Duygudurum bozukluğunun varlığı kişilik ya da mizacı değiştirir (Akdeniz,2004). Kişilik ve bipolar bozukluk arasındaki ilişki önemli ancak henüz yanıtlanamamış bir sorudur. Kişilik yapısı bipolar bozukluğa zemin hazırlıyor, hastalığın gidişatını veya tedavi cevabını etkiliyor olabilir (Enström,2004).

Kişilik ve mizaç ile duygudurum bozuklukları birlikteliğini araştırmak için pek çok çalışma yapılmıştır. Depresif bozukluğu olan bireylerde normal kontrollere göre nörotisizm, kendini eleştirme, bağımlılık ve katılık gibi kişilik özellikleri daha sık görülmüştür. Depresif bozukluğu olan bireylerin en az % 50' sinde eşlik eden bir kişilik bozukluğu olduğu bildirilmiştir. İki uçlu duygudurum bozukluğu olan bireyler arasında ise B ve C kümesi kişilik özelliklerinin daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Depresif bozukluğu olanlar ile iki uçlu duygudurum bozukluğu olan bireyler karşılaştırıldığı zaman ise Uluşahin ve Uluğ (1997) depresiflerde nörotisizm puanlarının daha yüksek ve dışa-dönüklük puanlarının daha düşük olduğunu

gözlemişlerdir. Janowsky ve arkadaşları (1999) ve benzer şekilde Young ve arkadaşları (1995) iki uçlu duygudurum bozukluğu olanların daha dışa dönük, daha az yargılayıcı olduklarını belirtmişlerdir (Akdeniz,2004).

7 yıl arayla yapılan 2 gözden geçirmenin sonucunda, unipolar depresyon hastalarının kişilik yapısının 'nevrotik', içe dönük ve anksiyeteye yatkın oldukları sonucuna varılmıştır. Bipolar bozukluk hastalarının ise, unipolar hastaların aksine non-nevrotik, dışa dönük, siklotimik ve dürtüsel oldukları sonucuna varılmıştır. Ancak bu atıfların kişilik özelliği mi yoksa dalgalanma gösteren minör afektif belirtiler mi olduğu konusu henüz açıklık kazanmamıştır. Bipolar bozukluk ve unipolar depresyonu karşılaştıran çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır. Ancak bu çalışmaların çoğunda bipolar tip 2 hastaları dahil edilmiştir. Bu nedenle siklotimik mizacın sadece bipolar 2' yi temsil ettiği iddia edilebilir (Akiskal,2005).

Günümüzde bipolar bozukluk yelpazesinin bir ucunda afektif mizacın yer aldığı düşünülmektedir. Afektif mizaç bir duygudurum hastalık dönemi ölçütlerini karşılamamaktadır ama tanısal geçerliliği vardır, yapısal ve genetik olarak aktarılabilir olmakla birlikte tedavi gerektirmemektedir. Bu özellikleriyle afektif mizaç bipolar bozukluk için, genlerden hastalıklara uzanan nedensellik zincirinde bir aracı, eşlikçi, endofenotip olarak kabul edilebilir. Öte yandan afektif mizaç özellikleri bipolar bozukluğun etiyolojisi, fenomenolojisi ve tedavisi ile ilişkili bulunmaktadır. Afektif mizaç ve bipolar bozukluk ilişkisinde öne sürülen özellikler arasında ailesel yüklülük, erken başlangıç, yüksek oranda yineleme ve antidepresan etkisi altında manik kaymaya yatkınlık sayılmaktadır. Ayrıca mizaç ile kutuplar arasında bir süreklilik örneğin, hipertimik mizacı olanlarda manik dönemlerin, depresif mizacı olanlarda depresif dönemlerin daha sık görülmesi ve hipertimik özellikler ile iyi gidiş arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Kesebir,2005).

Başka bir yöntemsel zorluk ise bu atıfların afektif hasta grubunu non-afektif psikiyatrik hastalar ve kontrollerden ayırıp ayırmadığıdır. Karşılaştırma grubu sunan çalışmaların sonuçları farklılık göstermektedir. Unipolar hastaların nevrotik profile sahip oldukları belirtilirken, bipolar hastaların normal populasyondan farklılık göstermedikleri öne sürülmektedir. Bazı çalışmalarda ise unipolar ve bipolar

hastaların profilleri benzer bulunmuştur. NIMH bünyesinde yapılan bir çalışmada, en az bir manik epizodu olan bipolar erkeklerin unipolar depresyonla aynı düzeyde nevrotizm gösterdikleri, bipolar tip 1 hastaların kontrollere göre daha dışa dönük olduğu öne sürülmüştür (Akiskal,2005).

### 2.9.1. Cloningerin Kişilik Kuramı ve Bipolar Bozukluk

Cloninger, kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, genel bir psikobiyolojik kuram geliştirmiştir (Cloninger 1987, Cloninger ve ark. 1993). Bu model, genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyunca orta düzeyde durağan ve kültürel etkiler karşısında değişmez oldukları varsayılan dört mizaç boyutunu (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme) ve yetişkinlikte olgunlaştıkları ve kendilik kavramlarını etkiledikleri varsayılan üç karakter boyutunu (kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma) içermektedir.

Mizaç boyutlarından biri, yenilik arayışı (novelty seeking), yeniliğe yanıt olarak sık araştırıcı etkinlik, dürtüsel karar verme, ödül alma olasılığı belirdiğinde taşkınlık, çabuk sinirlenme ve engellenmeden kaçınma gibi davranışların etkinleşmesindeki bir kalıtsal yanlılık olarak görülebilir. İkinci mizaç faktörü, zarardan kaçınma (harm avoidance), kötümser endişeler, belirsizlik korkusu ve yabancılardan utanma gibi kaçıngan davranışlar ve çabuk yorulma gibi davranışların ketlenmesindeki bir kalıtsal yanlılık olarak görülebilir. Üçüncü mizaç faktörü, ödül bağımlılığı (reward dependence), kendini aşırı duygusallık, bağlılık ve diğerlerinin onayına bağımlılık gibi gösteren davranışların devamlılığındaki bir kalıtsal yanlılık olarak görülebilir. Dördüncü mizaç faktörü, sebat etme (persistence), engellenme, yorgunluk ve aralıklı pekiştirilmeye rağmen davranışın sürekliliğindeki bir kalıtsal yanlılık olarak görülebilir (Cloninger 1986, 1987).

Karakter, gönüllü hedefler ve değerlerdeki bireysel farklılıklara karşılık gelmektedir. Kendini yönetme (Self-directedness), kişinin tercihleri konusunda sorumluluğunu kabul etmesi, anlamlı amaçların belirlenmesi ve sorunları çözmede beceri ve güvenin gelişiminden oluşur. İşbirliği yapma (Cooperativeness), sosyal kabul, empati,

sevecenlik ve erdemli olmaktan oluşur. Kendini aşma (Self-transcendence), kendilik kaybı, kişilerarası özdeşim ve manevi kabulden oluşur (Cloninger ve ark. 1993).

Cloninger ve ark., Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramına dayalı olarak, kişiliğin yedi boyutunu ölçen, Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory; TCI) adı verilen kapsamlı bir ölçüm aracı geliştirdiler (Cloninger ve ark. 1993). Mizaç ve Karakter Envanteri dört mizaç ve üç karakter özelliğini değerlendirmektedir. Mizaç ve Karakter Envanteri'nin psikolojik ve psikiyatrik araştırma ve uygulamaların farklı alanlarında uluslararası olarak kullanımı son 10 yıl içinde büyük bir artış göstermiştir (Arkar,2008).

Mizaç ve Karakter Envanteri'nin, kişilik bozukluklarının kümesel belirtileri ve tanılarını yordama yeteneği çeşitli örneklemlerde (kişilik bozukluğu olan veya olmayan, değişik tanılardan ayaktan veya yatarak tedavi gören psikiyatri hastaları) klinik olarak sınanmıştır (Svrakic ve ark. 1993,Svrakic ve ark,2002). Özellikle kendini yönetme ve iş birliği yapmada olmak üzere karakter boyutlarındaki düşük puanlar genel olarak, kişilik bozuklukları belirtilerinin sayısının yüksekliği ile bağlantılı bulunmuştur. DSM' nin kişilik bozukluğu kümelerinin her biri de, mizaç boyutlarının biri (A Kümesi ödül bağımlılığı, B Kümesi yenilik arayışı ve C Kümesi zarardan kaçınma) tarafından birincil olarak yordanmaktadır. Regresyon analizleri, TCI karakter ölçekleri; kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşmanın, yaş, anksiyete ve depresyon kontrol edildikten sonra, kişilik bozuklukları belirti sayısını yordadığını doğrulamıştır (Arkar, 2008).

Bu konuda yapılan çalışmalara göre; yenilik arama ve ödül bağımlılığı, durumsal duygudurumdan bağımsızken, zarardan kaçınmanın duygudurum ve anksiyete düzeyinden etkilendiği gözlenmiştir (Svrakic ve ark. 1992). Depresyon durumunun, zarardan kaçınma ve işbirliği yapmayı azalttığı görülse de, hafif ve orta dereceli depresyonlarda Mizaç ve Karakter Envanteri'nin depresyonun durumsal etkisinden etkilenmediği görülmüş ve bu sonuçlar TCI'nin, hafiften orta dereceye kadar olan depresyon hastalarında altta yatan kişilik yapısını gösterecek uygun bir araç olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Sato ve ark. 2001). TCI'nin özellikle karakter boyutlarının psikoz ve duygudurum bozukluklarının eşik altı sendrom biçimleri olabildiği veya bu

durumlara yatkınlık yaratabildiği yorumu yapılmış ve hipertimik, siklotimik, irritabl ve depresif mizaç tipleriyle belirli Mizaç ve Karakter Envanteri boyutlarının bağlantılı olduğu söylenmiştir (Cloninger ve ark. 1998). Depresyon hastalarındaki yüksek zarardan kaçma, düşük işbirliği yapma ve kendi kendini yönetme puanlarının depresyon şiddetiyle ilişkisi olduğu gözlenmiştir (Hansenne ve ark. 1999).

Bazı mizaç ve karakter özelliklerinin depresyonda hangi antidepresana daha iyi cevap verileceğini belirlediğini gösteren çalışmalar heyecan verici olsa da, henüz yeterli sayıda hasta üzerinde tutarlı sonuçlar oluşmamıştır (Joyce ve ark. 1994, Nelson ve Cloninger 1995).

Cloninger'in psikobiyolojik kişilik modeli mizaç ve karakter özelliklerine boyutsal bir yaklaşım getirmekle birlikte, mizaç ve karakter özelliklerinin duygudurum bozukluğu hastalarında sağaltıma ve prognoza etkisi konusunda tutarlı bulgularının olmaması yaklaşımın etkinliğini sınırlandırmaktadır (Sayın,2005).

Bipolar bozukluk hastalarında TCI ile yapılan çalışmalarda, kontrol grubu veya depresyon hastalarına göre bazı farklı mizaç ve karakter boyutları tespit edilmiştir. Literatürde genel olarak yüksek zarardan kaçınma ve yüksek yenilik arama skorları ve düşük ödül bağımlılığı tespit edilmiştir. Karakter alt boyutlarından ise kendini aşma skorlarının yüksek kendini yönetme skorlarının ve sebat etme değerlerinin düşük olduğu bulunmuştur(Akay, 2008).

Bu konuda yapılan çalışmalara göre; yenilik arama ve ödül bağımlılığı, durumsal duygudurumdan bağımsızken, zarardan kaçınmanın duygudurum ve anksiyete düzeyinden etkilendiği gözlenmiştir (Svrakic,1992). Depresyon durumunun, zarardan kaçınma ve işbirliği yapmayı azalttığı görülse de, hafif ve orta dereceli depresyonlarda Mizaç ve Karakter Envanteri'nin depresyonun durumsal etkisinden etkilenmediği görülmüş ve bu sonuçlar TCI'nin, hafiften orta dereceye kadar olan depresyon hastalarında altta yatan kişilik yapısını gösterecek uygun bir araç olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Sato,2001).

Bazı çalışmalarda zarardan kaçınmanın, Majör depresyon ve bipolar bozukluğu olan hastaların kişilik özelliği olabileceği belirtilmiştir. Aynı zamanda bir atağın

iyileşmesinden sonra bipolar ve Unipolar hastalarda yüksek zarardan kaçınma, yenilik arayışı ve değişmeyen ödül bağımlılığı skorları bulunmuştur. Bazı çalışmalarda kendini yönetme ve işbirliği yapmanın duygudurum bozukluğu olan hastalarda komorbid kişilik bozukluğu ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Young,1995, Svrakic,1993, Richter,2000). Çalışmalarda özellikle yüksek yenilik arama skorlarının uzun süreli klinik izlemlerde kötü prognozun ve işlevsellikte bozulmanın bir göstergesi olabileceği (Strakowski, 1993), aynı zamanda epizod sayısının fazlalığı ve intihar girişimi oranının da yüksek zarardan kaçınma skorları ile korele olduğu dikkat çekmektedir (Sayın,2007,Engström,2004).

TCI'nin özellikle karakter boyutlarının psikoz ve duygudurum bozukluklarının eşik altı sendrom biçimleri olabildiği veya bu durumlara yatkınlık yaratabildiği yorumu yapılmış ve hipertimik, siklotimik, irritabl ve depresif mizaç tipleriyle belirli Mizaç ve Karakter Anketi boyutlarının bağlantılı olduğu söylenmiştir (Cloninger, 1998). Depresyon hastalarındaki yüksek zarardan kaçma, düşük işbirliği yapma ve kendi kendini yönetme puanlarının depresyon şiddetiyle ilişkisi olduğu gözlenmiştir (Hansenne, 1999). Akiskal 'ın yaptığı 11 yıllık prospektif çalışma ile TCI'ın işbirliği yapma ve kendini asma skorları yüksek olan depresyonlu hastalarda bu skorları düşük olan hastalara göre hipomani geliştirme ihtimallerinin daha yüksek olması, hipotezi destekler niteliktedir (Akiskal,1995).

Klinik seyirle ilgili hastalığın başlangıcı incelendiğinde ilk epizodun herhangi bir tıbbi etkilenmeye maruz kalmaması nedeni ile en saf epizod olmasına bağlı olarak mizaç ve karakter boyutlarının değerlendirilmesinde önemi büyüktür. Yapılan bir çalışmada hastanın ilk epizodu manik ise zarardan kaçınma skorunun ilk epizodu depresyon, karma veya nonafektif hastalara göre daha düşük olduğu, zarardan kaçınma ile depresyon arasında pozitif korelasyon, zarardan kaçınma ile manik semptom arasında negatif korelasyon olduğu saptanmıştır (Strakowsky,1992).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ilk epizodun bazı karakter boyutları ile anlamlı ilişkileri dikkat çekmektedir. Çalışma sonucunda ilk epizod manik ise, hastanın kendi kendini yönetme (SD) değeri anlamlı biçimde düşük, ilk epizod depresif ise hastanın kendini asma (ST) değeri anlamlı biçimde düşük bulunmuştur (Sayın, 2007).

Mizaç ve karakter boyutlarının bipolar bozuklukta intihar girişimini etkileyip etkilemediğini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada intihar girişimi olan bipolar hastalarda zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı anlamlı derecede daha yüksek, sebat etme ve kendini yönetme daha düşük bulunmuştur. Yüksek zarardan kaçınma skorunun bipolar hastalarda intihar girişimi için en önemli kişilik faktörü gibi görünmekte olduğu, lityum tedavisi alan ve almayan bipolar hastalarla yapılan çok sayıda bağımsız çalışmada yüksek zarardan kaçınma skorları bulunduğundan, intihar girişimi olan hastalardaki yüksek zarardan kaçınma skorlarının lityum tedavisinin bir yan etkisi olarak açıklanamayacağı belirtilmiştir (Engström, 2004).

### 2.9.2. Bipolar Bozukluk ve İntihar

Bipolar bozukluk, intihar düşüncesi, intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlarla oldukça yakından ilişkilidir. ECA çalışmasında, genel populasyondaki bipolar bozukluk hastalarının %29'unun en az bir kez intihar girişiminde bulundukları bulgusuna ulaşılmıştır (ECA, 2002). Klinik örneklemde intihar girişimi %25-56 arasında değişmektedir. Hastaların %10-19'u intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Abreu,2009).

İntihar davranışının sebepleri birden fazla ve karmaşıktır. Bipolar bozukluğun önemli bir tetikleyici olmasına rağmen hastalığın şiddeti, umutsuzluk, dürtüsellik ve saldırganlık gibi diğer faktörlerin de rol oynadığı düşünülmektedir. Literatürdeki sonuçlar tutarsız olsa da, 6 bağımsız çalışmanın dahil edildiği bir gözden geçirmede yaşam boyu intihar girişimi oranı bipolar tip 1 için %17, tip 2 için %24 olarak belirtilmiştir. Ancak incelenen çalışmaların 3 'ünde bipolar tip 1 deki intihar girişimi oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılık komorbidite, uzun depresyon dönemleri ile ilişkili olabilir (Abreu,2009).

Bipolar bozuklukta intihar düşüncesi oldukça sık görülür ancak bunun gelecekteki intihar davranışlarının yordayıcısı olup olmadığı henüz netlik kazanmamıştır. Prevalans çalışmalarında bu oran %14-59 arasında değişmektedir. Ancak intihar düşüncesini etkileyen faktörleri ve bunun intihar girişimleriyle ilişkisini inceleyen az

sayıda çalışma mevcuttur. İntihar düşüncesiyle ilgili bazı risk faktörleri; ailede afektif bozukluk hikâyesinin olması, ciddi depresyon, intihar girişimi öyküsü, alkol veya madde kullanımı, panik bozukluk ve erken yaşta başlangıç olarak bildirilmiştir (Abreu,2009).

İntihar girişimi öyküsü ile ardından gelen intihar davranışı arasındaki ilişkiyi gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur. Geçmişteki intihar girişiminin riski 4 kat arttırdığı yönünde çalışmalar mevcuttur. Tamamlanmış intiharla ilgili yapılan bir çalışmada, kişilerin %50'sinin geçmişte bir intihar girişimi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Oquendo,2004).

Genel populasyonda kadınlarda intihar girişimi daha fazlayken, erkeklerde tamamlanmış intihar oranı daha yüksektir. Benzer şekilde, bipolar bozukluk hastası kadınlarda da intihar girişimi daha fazladır. Ancak genel toplumun aksine tamamlanmış intihar oranı arasında kadınlar ve erkekler açısından fark yoktur. (Abreu,2009).

Birçok çalışmada hastalığın erken yaşta başlamasıyla intihar davranışı arasındaki ilişki gösterilmiştir. Perlis ve arkadaşlarının çalışmasında hastalığın 13 yaşından önce başlamasının riski yaklaşık 3 kat arttırdığı gözlenmiştir. Aynı çalışmada anksiyete, alkol veya madde kullanımı komorbiditesinin de riski arttırdığı gözlenmiştir(Perlis, 2004).

Literatüre bakıldığında depresyon dönemlerinin intihar girişimleriyle bağlantılı olduğu gözlenmiştir (Keith,2005). Depresyon veya karma dönemde olan hastalarda riskin 2 kat arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca intihar girişiminde bulunanlarda depresyonun daha şiddetli olduğu ve yaşam boyu geçirilen depresyon sayısının, girişimde bulunmayanlara göre 2 kat daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Oquendo,2004) Ayrıca depresyon nedeniyle hastanede yatış sayısının fazla ve ilk atağın depresif atak olmasının da riski arttırdığı gözlenmiştir(Abreu,2009).

Eksen 1 komorbiditesinin de tamamlanmış intihar ve intihar davranışıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Simon ve arkadaşlarının çalışmasında anksiyete bozukluğu komorbiditesinin riski 2.45 kat arttırdığı gözlenmiştir (Simon, 2004). Diğer

psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi alkol ve madde bağımlılığı bipolar bozuklukta da intihar riskini arttırmaktadır (Keith,2005). Tondo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada madde kullanımının, komorbid psikiyatrik hastalıktan bağımsız olarak riski 2 kat arttırdığı gözlenmiştir. Goldberg ve arkadaşlarının çalışmasında ise alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığının riski 4 kata kadar attırdığı gözlenmiştir. (Abreu,2009).

Dürtüsellik, düşmanlık ve saldırganlığın farklı psikiyatrik populasyonlarda intihar davranışını arttırdığı bilinmektedir(Oqendo,2004). İntihar girişimi gösteren bireylerde, altta yatan davranış paternini gösterir şekilde, bu özellikler daha sık görülmektedir. Brezo ve arkadaşlarının çalışmasında intihar girişimini yordayan özelliklerin saldırganlık, anksiyete, nörotisizm, dışa dönüklük, dürtüsellik, düşmanlık ve psikoz olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Brezo, 2006).

İntihar girişiminde bulunan bipolar hastalarda saldırganlık ve düşmanlığın intihar davranışının yordayıcısı olabileceği öne sürülmektedir. Dürtüselliğin unipolar depresyondaki intihar girişimlerinin yordayıcısı olduğu belirtilirken, bipolar bozukluk için böyle bir ilişki olmadığı iddia edilmektedir. Umutsuzluğun intihar girişimindeki rolü ile ilgili çalışmalarda farklı sonuçlar mevcuttur. Üç çalışmada umutsuzluğun bipolar bozukluğun her fazında etkili bağımsız bir risk faktörü olduğu ve mortaliteyi yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Diğer çalışmalarda ise umutsuzluğun sadece alkol veya madde bağımlılığı komorbiditesinin varlığında intihar davranışıyla ilişkili olduğu donucuna varmışlardır (Abreu,2009).

Ayrıca hızlı döngülülük, fiziksel veya cinsel istismar ve aile hikayesinin de bipolar bozukluktaki intihar davranışını arttırdığı gözlenmiştir.(Chen,2010)

### 2.9.3. Bipolar Bozukluk ve İşlevsellik

Bipolar bozukluk epizodik ve/veya kronik gidişata sahip, ailesel, sosyal ve mesleki alanlarda ciddi sonuçları olan önemli bir ruhsal hastalıktır (Cooke,1997).Dünyada, işlev kaybına yol açan hastalıklar arasında 6. sıradadır. Çalışma ve sosyal

ilişkilerdeki becerinin temel belirleyicisi duygudurum epizodlarının şiddeti olsa da, birçok hastada ötimik dönemlerde de işlevsellikte bozulma olduğu göze çarpmaktadır. Örneğin 12 aylık bir takip çalışmasındaki hastaların %48'inde iyileşme gözlenirken, işlevsellikte düzelme oranı yalnızca %24 olarak bulunmuştur (Miklowitz, 2007). Scott ve arkadaşlarının yaptığı bir gözden geçirmeye göre, 20'li yaşlarda bipolar tanısı konulan bir kişi yaşam süresinden 9 yıl, çalışma hayatından 14 yıl ve normal sağlığından ise 12 yılı kaybeder. Lityum gibi ilaçların profilakside etkin bir yöntem olduğu iddia edilmektedir. Bununla birlikte lityumun etkinliğine dair ilk bulguların fazla iyimser olduğu düşülmektedir (Scott, 2004). Dickson & Kendell (1986) İngiltere' deki artan lityum kullanımına rağmen mani nedeniyle hastaneye yapılan başvurularda artış olduğunu bildirmişlerdir (Dickson & Kendell, 1986). Solomon ve arkadaşları (1995), 1960'lardaki çalışmalarda, lityum profilaksisi altındaki hastalardaki 2 yıl içindeki relaps oranı %35 olarak bildirilirken, yakın zamanda bu oranın %50 civarında olduğunu belirtmişlerdir(Solomon, 1995).

Cooke ve arkadaşlarının remisyondaki bipolar bozukluk hastalarıyla SF-36 kullanarak yaptığı çalışmada, hastalar fiziksel, sosyal ve genel sağlık algısı alanlarında bozukluklar olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmaya katılan hastaların skorları major depresyon hastaları ve kronik tıbbi hastalığı olanlarla benzer olarak tespit edilmiştir. Dunner ve arkadaşlarının çalışmasına dahil edilen ötimik unipolar depresyon ve bipolar bozukluk hastalarında da, sosyal uyumun kontrollere göre daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Romans ve McPherson' un çalışmasında 6 aydır remisyonda olan bipolar bozukluk hastalarında sosyal işlevselliğin bozulduğu gözlenmiştir (Cooke, 1996).

2006 yılında yapılan bir çalışmada, şizofreni hastaları, bipolar bozukluk hastaları ve sağlıklı kontrollerin işlevselliğine ve yaşam kalitesine bakılmıştır. Bipolar bozukluk hastalarının eğitim ve mesleki alanlarda sağlıklı kontrollerle benzer özellikler gösterdiği gözlenirken, şizofreni hastalarında her iki gruba göre, daha fazla bozulma olduğu gözlenmiştir. Ancak bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarının arasında yaşam kalitesi açısından, kontrollere göre daha düşük puanlar aldığı bulgusuna ulaşılmıştır. Remisyondaki bipolar hastalar için de sonuçlar benzer bulunmuştur (Depp,2006). Dickerson ve arkadaşlarının ayaktan başvuran şizofreni ve bipolar

bozukluk hastalarıyla yaptıkları çalışmada bipolar bozukluk hastalarının sosyal kabul edilebilirlik, sosyal etkinlik ve ilaç uyumu alanlarında şizofreni hastalarına göre daha az bozulma olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Dickerson, 2001).

Bipolar bozukluk tip1, tip 2 ve unipolar depresyon hastaları ve sağlıklı kontrollerin dahil edildiği bir çalışmada hastalar 15 yıl boyunca takip edilmişlerdir. Sosyal ve mesleki işlevsellikler belirli aralıklarla değerlendirilmiştir. Duygudurum bozukluğu olan hastaların, takibin önemli bir bölümünde, belirli alanlarda zorlukları olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bipolar bozukluk hastalarının, diğer gruplara göre, takip süresinin %30' unu kapsayan süre boyunca, özellikle iş hayatında zorluklar yaşadığı gözlenmiştir (Judd, 2008).

### 2.9.4. Bipolar Bozuklukta Kalıntı Belirtiler

Minnesota çok yönlü kişilik envanteri ve kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği ile yapılan çalışmalar remisyona girmiş bipolar hastalarla normal kontroller arasında bir fark bulunmadığını göstermektedir. Ancak bu sonucun gereği kadar duyarlı olmayan ölçeklerle çalışılıyor olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Lityum kullanan remisyondaki olguların kontrollerden daha sıkıntılı oldukları ve kendilerini daha kötü hissettiklerini gösteren çalışmalar vardır. Cooke ve arkadaşlarının 68 olgu ile yaptıkları çalışmaya göre, ötimik bipolar hastalardaki kendini iyi hissetme puanlarının kronik tıbbi hastalıklı ya da major depresyonlu hastalardan daha iyi olmadığı gösterilmiştir (Cooke, 1997). Keitner ve arkadaşları mani olgularının %70'inde, depresyon olgularının %60'ında kalıntı belirti bulunduğunu belirtmişlerdir. Altschuler ve arkadaşlarının 25 ötimik bipolar hasta ile 22 normal deneği ayrıntılı bilişsel testlerle karşılaştırdıkları çalışmada, bipolar hastalarda bilişsel yetersizliklerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Altschuler, 2008). Judd ve arkadaşlarının çalışmasında tedaviye çok iyi yanıt veren olgularda bile kalıntı belirtilerin olabileceği bulunmuştur (Judd, 2008). İzlem çalışmaları da remisyon kabul edilen olgularda eşik altı dalgalanmalar olduğunu göstermektedir. Tüm bu veriler, iyi gibi görünen remisyondaki bipolar hastalarda eşik altı belirtilerin devam edebileceğine işaret etmektedir. Lityum koruması altındaki hastaları sosyoekonomik

ve psikososyal bakımdan inceleyen çalışmalar da bu hastalarda yıkım olduğunu desteklemektedir. Coryell ve arkadaşlarının çalışması kalıntı belirtilerin işlevselliğin her alanını etkileyebileceğini göstermiştir (Coryell, 2003). Bauwens ve arkadaşları kalıntı belirtilerle sosyal uyumsuzluğun şiddeti arasında bağlantı bulunduğundan söz etmişlerdir (Bauwens, 1991).

Bipolar hastalardaki klinik ve sosyal sorunları bütünüyle kalıntı belirtilerle açıklamak doğru olmayabilir. Kalıntı belirtilerden ayrılamayan farklı bir takım özelliklerin de sosyal ve klinik yetersizliklerde rol oynaması mümkündür. Bu özelliklerin başında kişilik yapısı ve eş tanı durumları gelmektedir. Eşik altı belirtileri olarak değerlendirilen özellikler kişilik yapısının ürünleri olabilir. Bazı kişilik özelliklerinin kalıntı belirti olarak görülmesi de mümkündür. Kişilik bozukluğu bulunan bipolar hastalarda relaps riski kalıntı belirtileri olanlardaki gibi yüksektir. Bu benzerlik kalıntı belirtilerle kişilik özellikleri arasındaki ayrımın güç olabileceğinin göstergesidir. Kalıntı belirti, kişilik özellikleri ve eş tanıları belirlemek her zaman mümkün olmasa da kalıntı hastalık belirtilerini araştırmanın etkin tedavide önemli olduğu unutulmamalıdır. Eşik altı belirtilere yönelik çalışmalar bir b ütün olarak ele alındığında, bipolar hastaların çoğunda belirtilerin hep var olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Belirtiler zaman zaman şiddetlenmekte, tedaviyle kısmen düzelmekte ancak tam iyileşme genellikle gerçekleşmemektedir. Bazı hastalarda yıkımla sonuçlana seyrin ya da duygudurum düzenleyici ilaçların zamanla etkisini yitirmesinin hastalığın olumsuz seyri ile açıklanması mümkündür (Sütçigil, 2006).

## 2.10. Çalışmanın Amacı ve Hipotezleri

Bu çalışmada en az 6 aydır remisyonda olan bipolar bozukluk hastalarında komorbidite var olup olmadığının, intihar olasılığının ve mizaç özelliklerinin saptanması ve komorbiditenin mizaç özellikleriyle ve intihar olasılığıyla ilişkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Çalışmanın hipotezleri

1. Bipolar bozuklukta komorbidite oranı yüksektir.
2. Bipolar bozukluk hastaları remisyonda olmalarına rağmen intihar olasılıkları yüksektir.
3. Komrobiditesi olan grupta intihar olasılığı daha yüksektir.
4. Komorbiditesi olan ve olmayan hastalar arasında mizaç özellikleri bakımından farklılıklar vardır.

# 3. GEREÇ VE YÖNTEM

## 3.1. Örneklem

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne Nisan 2011-Temmuz 2011 tarihleri arasında doğrudan başvuran ve bipolar bozukluk tip 1 tanısıyla takip edilmekte olan 24 hasta bu çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilmesine karar verilen hastalara yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formu okutulup onayları alınmıştır (Ek 1). Hastalara araştırmaya katılmamaları halinde tedavilerinin etkilenmeyeceği anlatılmıştır.

Çalışma için AÜTF Etik Kurul'undan Nisan 2011 tarihinde onay alınmış, ardından veri toplanmaya başlanmıştır.

### 3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri

1. SCID-1 kullanılarak ve yapılan klinik görüşmede bipolar bozukluk tip 1 tanısı almış olmak
2. HAM-D,YMRS ve SCID kullanılarak ve yapılan klinik görüşmeyle 6 aydır ötimik dönemde bulunuyor olmak
3. Yönergelere uyacak düzeyde okuryazar olmak
4. 18-60 yaş arasında olmak
5. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
6. Görüşmeye engelleyecek düzeyde bilişsel bozukluğun olmaması (Zekâ geriliği, demans gibi)
7. İşlevselliği önemli derecede etkileyecek tıbbi hastalığın olmaması (Serebrovasküler olay gibi)

### 3.1.2. Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri

1. HAM-D, YMRS ve SCID kullanılarak ve yapılan klinik görüşmeyle yapılan değerlendirmelerde aktif hastalık döneminde olmak
2. Yönergelere uyacak düzeyde okuryazar olmamak
3. Görüşmeyi engelleyecek düzeyde bilişsel bozukluğun olması (Zekâ geriliği, demans gibi)
4. Genel tıbbi durumun görüşme yapmaya engel teşkil edecek düzeyde olması
5. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak
6. İşlevselliği önemli derecede etkileyecek tıbbi hastalığın olması (Serebrovasküler olay)

## 3.2. Veri Toplama Araçları

### 3.2.1. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)

DSM-IV'e göre Eksen-I bozukluk tanısını araştırmak amacıyla kullanılan ve görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Altı modülden oluşmaktadır. DSM-IV Eksen-I'de yer alan 38 bozukluğu tanı ölçütleriyle, 10 tanesini ise tanı ölçütleri olmadan araştırmakta ve uygulama ortalama 25-60 dakika sürmektedir. **(Aydemir ve Köroğlu 2007).** First ve arkadaşları **(1997)** tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve arkadaşları(1999) tarafından yapılmıştır**.**

### 3.2.2. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği(HAM-D), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Hamilton ve ark. tarafından geliştirilmiş ve Williams ve arkdaşları (1978) tarafından uyarlanmıştır. Ölçek depresif belirtilerin şiddetini ölçmeyi amaçlamaktadır. Hekim tarafından uygulanan ölçekte on yedi depresif belirtinin her biri için belirlenmiş 0 ve 4 arasında değişen puanlama dizgesi kullanılmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve ark. (1996) tarafından yapılmıştır.

### 3.2.3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), (Young Mania Rating Scale (YMRS)

Bu ölçek, 11 maddeden oluşmakta ve her biri 5 aşamalı belirti şiddeti ölçmektedir. Ölçekteki maddeler, BAB manik ataktaki tanımlanmış çekirdek belirtileri (hafiften ağıra doğru derecelendirecek biçimde) kapsamaktadır. Ölçeğin doldurulması hastayla son 48 saatlik süre dilimi içindeki durumu esas alınarak yapılan görüşmeye ve görüşme sırasındaki gözlemlere dayanarak yapılır. İki bağımsız görüşmecinin toplam puanlar arasındaki doğrusal bağıntı katsayısı 0.93 ve her bir madde puanları arasındaki doğrusal bağıntı katsayılarının 0.66-0.92 arasında değiştiği bulunmuştur (Young, 1978). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında iç tutarlık katsayısı %79 olarak bulunmuş, çalışmacıların ölçek maddeleri arasındaki fikir birliği %63.3 - %95.5, kappa değerleri 0.114-0.849 arasında bulunmuştur (Karadağ ve ark. 2002).

### 3.2.4. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) (Temperament and Character Inventory; TCI).

Envanter, doğru/yanlış olarak doldurulan 240 maddeden oluşan, özbildirim tarzı bir ölçektir. Cloninger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Cloninger ve ark. 1993, 1994). Türkiye'de Köse (2004) ve Arkar (2005) tarafından geçerlik güvenirlilik çalışması yapılmıştır. On iki'si mizaç (Keşfetmekten heyecan duyma (YA1, 11

madde), Dürtüsellik (YA2, 10 madde), Savurganlık (YA3, 9 madde), Düzensizlik (YA4, 10 madde), Beklenti Endişesi (ZK1, 11 madde), Belirsizlik korkusu (ZK2, 7 madde), Yabancılardan çekinme (ZK3, 8 madde), Çabuk yorulma (ZK4, 9 madde), Duygusallık (ÖB1, 10 madde), Bağlanma (ÖB3, 8 madde), Bağımlılık (ÖB4, 6 madde), Sebat etme (SE, 8 madde) ve 13'ü karakter (Sorumluluk alma (KY1, 8 madde), Amaçlılık (KY2, 8 madde), Beceriklilik (KY3, 5 madde), Kendini kabullenme (KY4, 11 madde), Uyumlu ikincil huylar (KY5, 12 madde), Sosyal onaylama (IY1, 8 madde), Empati duyma (IY2, 7 madde), Yardımseverlik (IY3, 8 madde), Acıma (IY4, 10 madde), Erdemlilik (IY5, 9 madde), Kendilik kaybı (KA1, 11 madde), Kişiler ötesi özdeşim (KA2, 9 madde) ve Manevi kabullenme (KA3, 13 madde) olmak üzere, 25 alt ölçekten (lower-order) ve 7 (higher-order) ölçekten oluşmaktadır. Ölçekler alt ölçeklerin toplamından oluşmaktadır (örneğin, YA=YA1 + YA2 + YA3 + YA4) ( Cloninger ve ark. 1993,1994).

### 3.2.5. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (Personal and Social Performance Scale; PSP)

Morosini ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Morosini, 2000). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. PSP, 1 ile 100 arasında bir bireysel ve sosyal işlevsellik puanı vermektedir ve yüksek puan iyi işlevselliği göstermektedir. Bu genel değerlendirme üç aşamalı yapılmaktadır. Birinci aşamada, dört boyutta altılı sıralı (yok ile çok şiddetli arasında) değerlendirme ile işlevsellik düzeyi belirlenir. Bu dört boyut; sosyal açıdan yararlı etkinlikler, bireysel ve sosyal ilişkiler, öz bakım ve rahatsız edici ve saldırgan davranışlar boyutlarıdır. İkinci aşamada her bir boyut değerlendirildikten sonra, bu boyutların bozulma derecelerinin kombinasyonlarına göre her biri 0 ile 10 puan arasında değerlendirmeler yapılır. Bu değerlendirmeler için ayrıntılı bir yönerge bulunmaktadır. Buradan yola çıkarak, üçüncü aşamada klinisyenin genel yargısını da hesaba katan bir işlevsellik puanı verilir. Bu puanın karşılık geldiği işlevsellik düzeyi ayrı bir anlam ifade etmektedir. İşlevsellik puanı 71-100 arasında olduğunda tam işlevsellik veya ancak çok yakın kişiler tarafından fark edilebilecek düzeyde çok

hafif işlevsellik yitimi anlaşılmaktadır. Elde edilen 51-70 arası puan ise bir ya da daha fazla işlevsellik alanında açıkça veya bir işlevsellik alanında belirgin düzeyde işlevsellik yitimine karşılık gelmektedir. Eğer düzeyi 50 puanın altında ise en az iki işlevsellik alanında şiddetli veya aşırı şiddetli işlevsellik yitimi olarak kabul edilmektedir. Bunun ötesinde işlevsellik puanı 30 puanın altında ise hastanın mutlaka yakın desteğe ve gözetime gereksinimi vardır (Aydemir, 2009).

### 3.2.6. İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ), Suicide Probabilty Scale (SPS)

John G. Cull ve Wayne S. Gill (1990) tarafından ergenlerde ve yetişkinlerde intihar riskini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. İOÖ'nün Türk toplumu için adaptasyon, güvenirlik ve geçerlik çalışması Tuğcu, H (1996) tarafından yapılmıştır. İOO; kendini değerlendirme (Self Report) türünde 36 maddeden oluşan, Likert tipi derecelendirme ölçeğidir. Ölçeğin 4 alt boyutu vardır; 1) Umutsuzluk (Hopelessness-HP): Toplam 12 madde; 5, 12, 14, 15, 17, 19, 2 3, 29, 3 1, 3 3, 36, 2) İntihar Düşüncesi (Suicide Ideation-SI): Toplam 8 madde; 4, 7, 20, 2 1, 24, 25, 30, 32) Kendini Olumsuz Değerlendirme (Negative Self Evaluation NSE). Toplam 9 madde; 2, 6, 10, 1 1, 18, 22, 26, 27, 35, 4) Düşmanlık (Hostility-HS): Toplam 7 madde; 1, 3, 8, 9, 1 3, 1 6, 34 (Özsan,1999). Tuğcu, H (1996) tarafından güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılan İOÖ'nün iç tutarlık katsayısı "toplam puan için".87, test-tekrar-test güvenilirliği.98, benzer ölçekler geçerliği.84 olarak saptanmıştır. Ayrıca ölçeğin yapı geçerliği ile ilgili yapılan çalışmada "Normal" ve "Hasta" grupların İntihar Olasılığı Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları "t" testi ile karşılaştırılmıştır. Hasta gruba ilişkin toplam puan ortalamasının (x: 77.95, t: 11.16) normal gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. İki gruba ilişkin ortalama farkların önemli olup olmadığı T testi ile kontrol edildiğinde 0.001 düzeyinde önemli olduğu görülmüştür.(tT: 3.28, Sd:198, P<0.001)..Cull ve Gill (1990) tarafından geliştirilen orjinal İOÖ'nün iç tutarlılık katsayısı ise, "toplam puan için".93, test-tekrar-test güvenirliği.92, benzer ölçekler geçerliği.70 olarak saptanmıştır. Ayrıca İOÖ'nün intihar girişimcilerini, psikiyatrik hasta ve normallerden oluşan gruplardan anlamlı düzeyde ayırt etme gücüne sahip olduğu bulunmuştur (F(2,578); 3 1 1. 2, P<.001).

### 3.3. İstatistiksel Analiz

Analizlere başlamadan önce verilerin birtakım varsayımlara uygunluğu araştırıldı. Normal dağılıma uygunluğun analizi için "Kolmogorov Smirnov Normallik Testi", homojen varyans varsayımının uygunluğu içinse "Levene Test İstatistiği" kullanıldı. İlgili verilerin analizinde varsayımların sağlanıp sağlanmadığı ve verilerin yapısı göz önünde bulundurularak uygulanacak teste karar verildi.

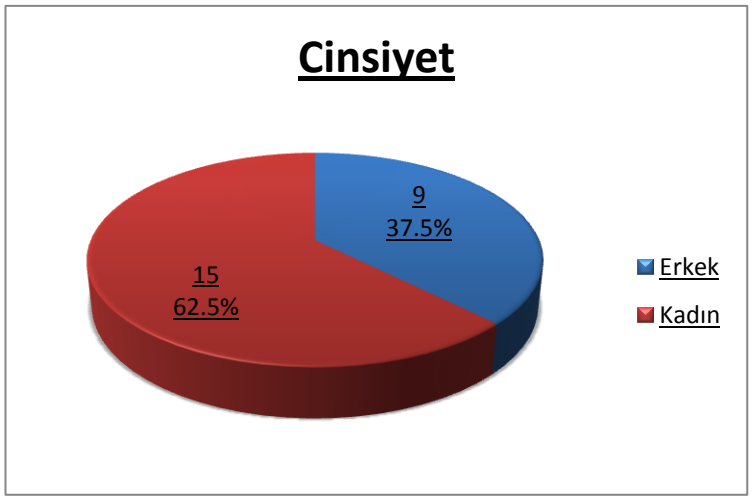
Komorbidite olan ve olmayan hastaların yaşının, intihar olasılığı ölçeği ve bireysel ve sosyal performans ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında, varsayımların sağlandığı durumlarda *Bağımsız Gruplar İçin t Testi,* varsayımların sağlanmadığı durumlarda ise *Mann-Whitney U Testi* kullanılmıştır. Ayrıca hastaların mizaç ve karakter envanteri profillerindeki puanlarının komorbidite olan ve olmayan gruplardaki karşılaştırılmalarında da yine Bağımsız Gruplar İçin t Testi'nden yararlanılmıştır. Hastaların bireysel ve sosyal performans ölçeği puanlarının son ataktan sonra geçen sürelerine ve evlilik durumlarına göre karşılaştırılmalarında ise *Kruskal-Wallis H Testi* kullanılmış, anlamlı değerler çıkması halinde ikili karşılaştırmalar için *Mann-Whitney U Testi*'ne başvurulmuştur. Hastaların yine bireysel ve sosyal performans ölçeği puanlarının çalışma durumlarına göre karşılaştırılmasında ise Bağımsız Gruplar İçin t Testi kullanılmıştır. İntihar olasılığı ölçeği puanlarının, bireysel ve sosyal performans ölçeği puanlarının ve ataklar arasında geçen ortalama sürelerinin ilişkilerinin araştırılmasında *Pearson Korelasyon Katsayısı'ndan* faydalanılmıştır. Ayrıca hastaların mizaç ve karakter envanteri profillerindeki puanları ile intihar olasılığı ölçeği ve bireysel ve sosyal performans ölçeği puanlarının ilişkilerinin incelenmesinde de Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır.

Bu çalışmada istatistiksel analizler SPSS 16.0 istatistiksel paket programı kullanılarak yapılmıştır. Test sonuçlarında elde edilen p değerleri, $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

# 4. BULGULAR

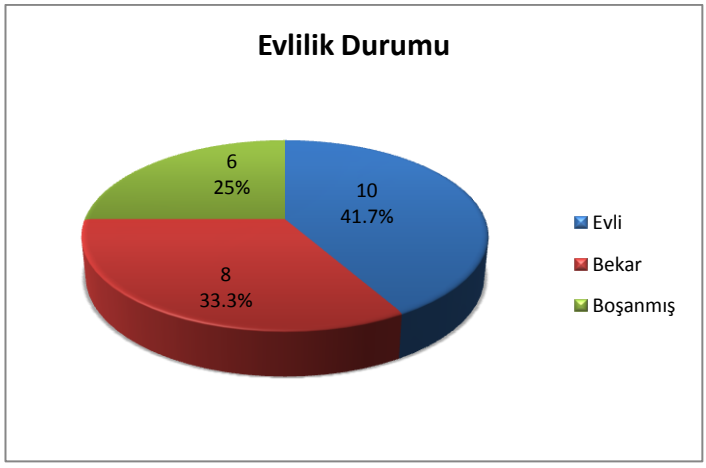
### Demografik veriler ve tanımlayıcı istatistikler

Çalışmaya katılan hastaların yaşları 20 ila 58 arasında değişmekteydi. Ortalama yaş 37.71 ± 11.99 olarak tespit edildi. 24 katılımcıdan 15'i (%62.5) kadın, 9'u (%37.5) erkekti (Şekil 1).

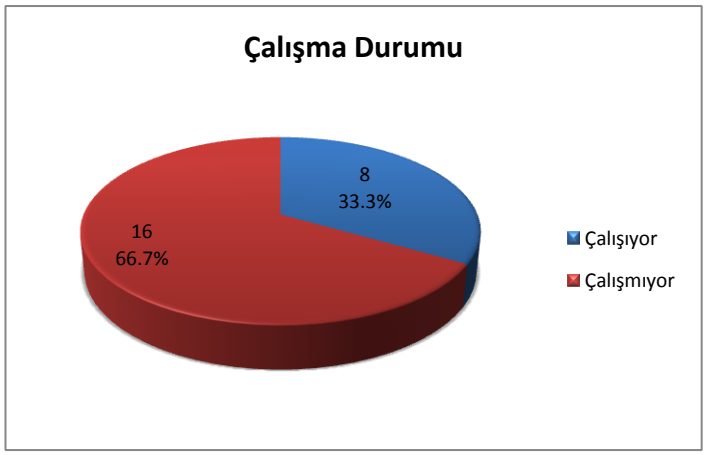



**Şekil 1.**

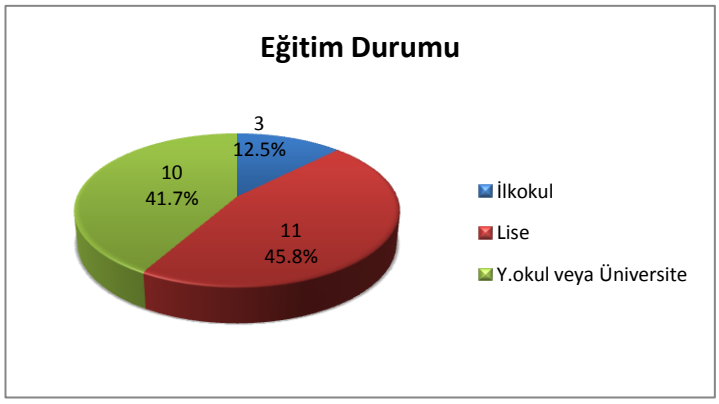
Katılımcılardan 10 (%41.7) tanesi evli, 8 (%33) tanesi bekâr ve 6 (%25) tanesi boşanmıştı (Şekil 2). Çalışmaya katılanlar arasında çalışma oranının düşük olduğu tespit edildi. 24 kişiden 8'i (%33) çalışırken, 16 (%66) katılımcı aktif olarak çalışmıyordu (Şekil 3). Eğitim düzeyi genelde lise ve üstü düzeyindeydi. Sadece 3 (%12.5) kişi ilkokul mezunuyken, 11 (%45) kişi lise, 10 (%41.7) kişi ise yüksekokul veya üniversite mezunuydu (Şekil 4).




**Şekil 2.**

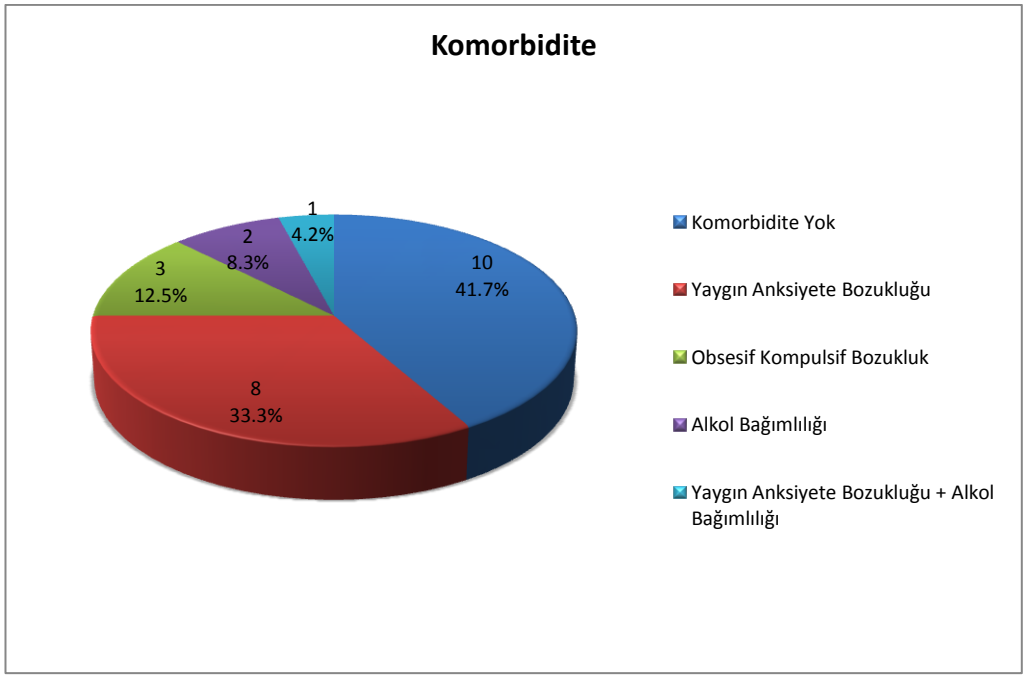



**Şekil 3.**




**Şekil 4.**

Hastalar komorbiditenin var olup olmamasına göre 2 gruba ayrılmıştır. Komorbiditesi olan 14 hasta tespit edilmiştir. Bu hastalardan 8' inde (%33.3) Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), 3 (%12.5) hastada obsesif kompulsif bozukluk (OKB), 2 hastada alkol kötüye kullanımı (%8.3), 1 (%4.2) hastada ise Yaygın anksiyete bozukluğu ve alkol kötüye kullanımı bulunmaktadır (Şekil 5).




**Şekil 5.**

Hastalık süresi 2 ila 36 yıl arasında değişmekle birlikte ortalama hastalık süresi 12.83 ± 8.79 yıldır. Depresif epizod sayısı 1 ila 8 yıl arasında değişmektedir. Çalışmaya katılan hastaların ortalama depresif epizod sayısı 4.08 ± 1.86 olarak tespit edilmiştir.

Manik epizod sayısı 1 ila 9 arasında değişmekle birlikte ortalaması 4.38 ± 2.28 olarak bulunmuştur. Toplam hastalık süresinin toplam manik ve depresif epizod sayısına bölünmesiyle ataklar arası ortalama süre hesaplanmıştır. Ataklar arası sürenin ortalaması 1.47 ± 0.78 olarak tespit edilmiştir.

YMRS puanları 1 ila 6 arasında değişmektedir. Hastaların YMRS ortalama puanları 3.5 ± 1.41 olarak bulunmuştur. HAM-D puanları 1 ila 5 arasında değişmektedir. HAM-D ortalama puanları ise 3.17 ± 1.05 olarak tespit edilmiştir.

Hastaların intihar olasılıkları İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) ile değerlendirilmiştir. İOÖ puanları 40 ila 89 arasında değişmektedir. İOÖ ortalama puanı 66.13 ± 15.42 olarak bulunmuştur. Hastalar İOÖ puanlarına göre 2 gruba ayrılmıştır. 75 puan ve üzerinde alan 6 yüksek risk grubuna dahil edilmiştir.

Hastaların işlevsellikleri bireysel ve sosyal performans ölçeği (PSP) ile değerlendirilmiştir. PSP puanları 51 ila 90 arasında değişmekle birlikte ortalama puan 72.17 ± 11.41 olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 1. Demografik Veriler ve Tanımlayıcı İstatistikler**

| **(N=24)** | **Ortalama ± Standart Sapma** |
|---|---|
| **Yaş (yıl)** | 37.71 ± 11.99 (20 - 58) |
| **Hastalık Süresi (yıl)** | 12.83 ± 8.79 |
| **Manik Epizod Sayısı** | 4.38 ± 2.28 |
| **Depresif Epizod Sayısı** | 4.08 ± 1.86 |
| **Ataklar Arasındaki Ortalama Süre (yıl)** | 1.47 ± 0.78 |
| **YMRS** | 3.5 ± 1.41 |
| **HAM-D** | 3.17 ± 1.05 |
| **Hastalığın Başlangıç Yaşı** | 23.88 ± 6.64 |
| **İntihar Olasılığı Ölçeği** | 66.13 ± 15.42 |
| **Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği** | 72.17 ± 11.41 |

| (N=24) | | Hasta Sayısı |
|---|---|---|
| **Cinsiyet** | **Kadın** | 15 (%62.5) |
| | **Erkek** | 9 (%37.5) |
| **Evlilik Durumu** | **Evli** | 10 (%41.7) |
| | **Bekar** | 8 (%33.3) |
| | **Boşanmış** | 6 (%25) |
| **Çalışma Durumu** | **Çalışıyor** | 8 (%33.3) |
| | **Çalışmıyor** | 16 (%66.7) |
| **Eğitim Durumu** | **İlkokul** | 3 (%12.5) |
| | **Lise** | 11 (%45.8) |
| | **Yüksekokul veya Üniversite** | 10 (%41.7) |
| **Komorbidite** | **Yok** | 10 (%41.7) |
| | **Yaygın Anksiyete Bozukluğu** | 8 (%33.3) |
| | **Obsesif Kompulsif Bozukluk** | 3 (%12.5) |
| | **Alkol Kötüye Kullanımı** | 2 (%8.3) |
| | **Yaygın Anksiyete Bozukluğu +** | 1 (%4.2) |
| | **Alkol Kötüye kullanımı** | |

**Tablo 2.** Hastaların Mizaç ve Karakter Envanteri Profillerindeki Toplam Puanları

| Hasta | Yenilik Arayışı | Zarardan Kaçınma | Ödül Bağımlılığı | Sebat Etme | Kendi Kendini Yönetme | İş Birliği Yapma | Kendi Kendini Aşma | TOPLAM |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | 30 | 11 | 14 | 5 | 22 | 28 | 15 | 125 |
| **2** | 28 | 21 | 16 | 5 | 11 | 25 | 26 | 132 |
| **3** | 29 | 24 | 16 | 8 | 22 | 27 | 25 | 151 |
| **4** | 31 | 21 | 15 | 4 | 29 | 26 | 5 | 131 |
| **5** | 35 | 18 | 17 | 5 | 16 | 27 | 24 | 142 |
| **6** | 32 | 18 | 15 | 4 | 21 | 27 | 27 | 144 |
| **7** | 33 | 25 | 14 | 8 | 14 | 26 | 21 | 141 |
| **8** | 29 | 18 | 20 | 5 | 24 | 27 | 14 | 137 |
| **9** | 36 | 19 | 15 | 4 | 28 | 18 | 19 | 139 |
| **10** | 34 | 31 | 11 | 6 | 12 | 27 | 14 | 135 |
| **11** | 30 | 15 | 19 | 6 | 28 | 19 | 28 | 145 |
| **12** | 33 | 17 | 10 | 3 | 18 | 24 | 19 | 124 |
| **13** | 31 | 15 | 15 | 4 | 23 | 29 | 19 | 136 |
| **14** | 37 | 11 | 18 | 6 | 17 | 28 | 20 | 137 |
| **15** | 37 | 7 | 17 | 1 | 20 | 36 | 15 | 133 |
| **16** | 36 | 9 | 13 | 7 | 11 | 31 | 22 | 129 |
| **17** | 31 | 17 | 12 | 3 | 27 | 25 | 12 | 127 |
| **18** | 24 | 16 | 13 | 6 | 15 | 18 | 14 | 106 |
| **19** | 27 | 20 | 14 | 7 | 20 | 24 | 26 | 138 |
| **20** | 32 | 15 | 13 | 6 | 29 | 24 | 15 | 134 |
| **21** | 31 | 7 | 12 | 6 | 28 | 22 | 21 | 127 |
| **22** | 27 | 16 | 11 | 5 | 22 | 16 | 26 | 123 |
| **23** | 34 | 15 | 11 | 5 | 17 | 32 | 20 | 134 |
| **24** | 34 | 10 | 16 | 6 | 14 | 27 | 21 | 128 |
| **TOPLAM** | 761 | 396 | 347 | 125 | 488 | 613 | 468 | 3198 |

2×2 tablolarda iki kategorik değişkenin ilişkisinin araştırılmasında varsayımın sağlandığı durumlarda Pearson Ki-Kare Testi, varsayımın sağlanmadığı durumlarda ise Fisher's Exact Test kullanılır.

**Tablo 3.** Komorbidite ile yaş, hastalık süresi, epizod sayısı, ataklar arası ortalama süre ilişkisi: t testi sonuç tablosu

| | Komorbidite | N | Ortalama ± Standart Sapma | p |
|---|---|---|---|---|
| **Yaş (yıl)** | **Yok** | 10 | 41.60 ± 11.26 | 0.185 |
| | **Var** | 14 | 34.93 ± 12.11 | |
| **Hastalık Süresi (yıl)** | **Yok** | 10 | 15.10 ± 10.52 | 0.296 |
| | **Var** | 14 | 11.21 ± 7.30 | |
| **Manik Epizod Sayısı** | **Yok** | 10 | 4.40 ± 2.50 | 0.965 |
| | **Var** | 14 | 4.36 ± 2.21 | |
| **Depresif Epizod Sayısı** | **Yok** | 10 | 3.5 ± 1.35 | 0.201 |
| | **Var** | 14 | 4.5 ± 2.10 | |
| **Ataklar Arasındaki Ortalama Süre (yıl)** | **Yok** | 10 | 1.80 ± 0.77 | 0.077 |
| | **Var** | 14 | 1.24 ± 0.72 | |

(Bağımsız Gruplar İçin t Testi)

Komorbiditesi olan ve olmayan hastalar arasında yaş (p=0.185), hastalık süresi (p=0.296), manik epizod sayısı (p=0.965), depresif epizod sayısı (p=0.201) ve ataklar arasındaki ortalama süre (p=0.077) bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

**Tablo 4.** Komorbidite ile cinsiyet ilişkisi

| | | Cinsiyet | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Erkek** | **Kadın** | **TOPLAM** |
| **Komorbidite** | **Yok** | 3 | 7 | **10** |
| | **Var** | 6 | 8 | **14** |
| **TOPLAM** | | **9** | **15** | **24** |

Yapılan Fisher's Exact Test sonucunda, komorbidite ile cinsiyet (p=0.678) arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 5.** Komorbidite ile evlilik durumu ilişkisi

| | | Evlilik Durumu | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **Evli** | **Bekar** | **Boşanmış** | **TOPLAM** |
| **Komorbidite** | **Yok** | 7 | 3 | 0 | **10** |
| | **Var** | 3 | 5 | 6 | **14** |
| **TOPLAM** | | **10** | **8** | **6** | **24** |

Yapılan Pearson Ki-Kare Testi sonucunda, komorbidite ile evlilik durumu (p=0.022) arasında bir ilişki vardır. Boşanmış hastaların hepsinde komorbidite vardır. Evli ve bekâr hastalar arasında komorbidite bakımından bir fark yoktur.

---

**Tablo 6.** Komorbidite ile çalışma durumu ilişkisi

| | | Çalışma Durumu | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Çalışıyor** | **Çalışmıyor** | **TOPLAM** |
| **Komorbidite** | **Yok** | 2 | 8 | **10** |
| | **Var** | 6 | 8 | **14** |
| **TOPLAM** | | **8** | **16** | **24** |

Yapılan Fisher's Exact Test sonucunda, komorbidite ile çalışma durumu (p=0.388) arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

---

**Tablo 7.** Komorbidite ile eğitim durumu ilişkisi

| | | Eğitim Durumu | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **İlkokul** | **Lise** | **Yüksekokul veya Üniversite** | **TOPLAM** |
| **Komorbidite** | **Yok** | 2 | 3 | 5 | **10** |
| | **Var** | 1 | 8 | 5 | **14** |
| **TOPLAM** | | **3** | **11** | **10** | **24** |

Hücre birleştirilerek yapılan Pearson Ki-Kare testi sonucunda, komorbidite ile eğitim durumu (p=0.678) arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

| | | Eğitim Durumu | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **İlkokul ve Lise** | **Yüksekokul veya Üniversite** | **TOPLAM** |
| **Komorbidite** | **Yok** | 5 | 5 | **10** |
| | **Var** | 9 | 5 | **14** |
| **TOPLAM** | | **14** | **10** | **24** |

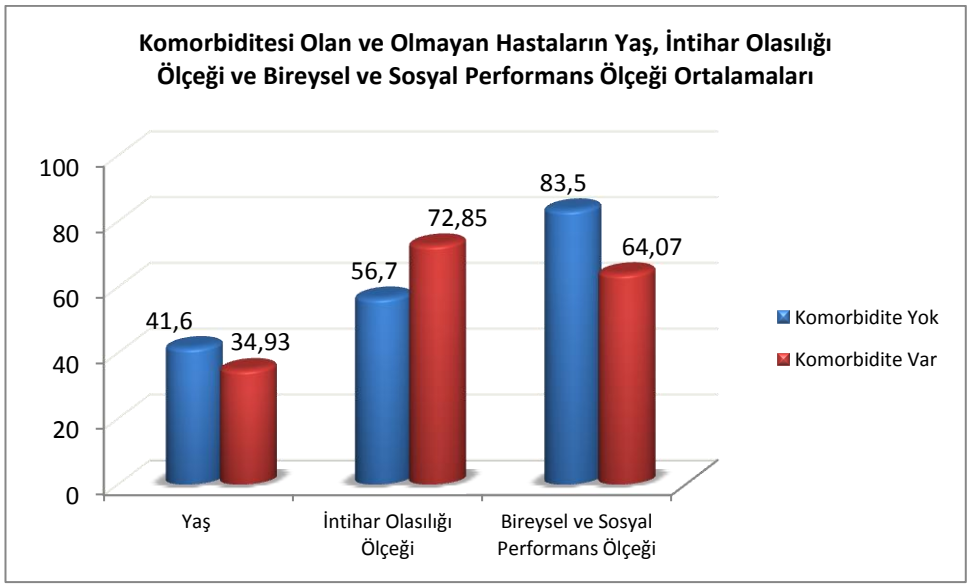
**Tablo 8.** Komorbiditesi Olan ve Olmayan Hastaların Yaş, İntihar Olasılığı Ölçeği ve Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Bakımından Karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplar İçin t Testi ve Mann-Whitney U Testi

**Tanımlayıcı istatistikler ve analiz sonuç tablosu**

| | **Komorbidite** | **N** | **Ortalama ± Standart Sapma** | **Medyan** | **p** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Yaş (yıl)** | **Yok** | 10 | 41.60 ± 11.26 | - | 0.185 |
| | **Var** | 14 | 34.93 ± 12.11 | - | (t testi) |
| **İntihar Olasılığı Ölçeği** | **Yok** | 10 | 56.70 ± 15.29 | - | *0.008* |
| | **Var** | 14 | 72.85 ± 11.89 | - | *(t Testi)* |
| **Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği** | **Yok** | 10 | 83.50 ± 3.81 | 83.5 | *0* |
| | **Var** | 14 | 64.07 ± 7.14 | 63 | *(Mann-Whitney Testi)* |

Komorbiditesi olan ve olmayan hastalar arasında yaş (p=0.185) bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Ancak bu hastalar arasında intihar olasılığı ölçeği (p=0.008) ve bireysel ve sosyal performans ölçeği (p=0) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Komorbiditesi olan hastaların intihar olasılığı

ölçeği puanları, komorbiditesi olmayan hastalara göre daha yüksektir. Komorbiditesi olan hastaların bireysel ve sosyal performans ölçeği puanları, komorbiditesi olmayan hastalara göre daha düşüktür.



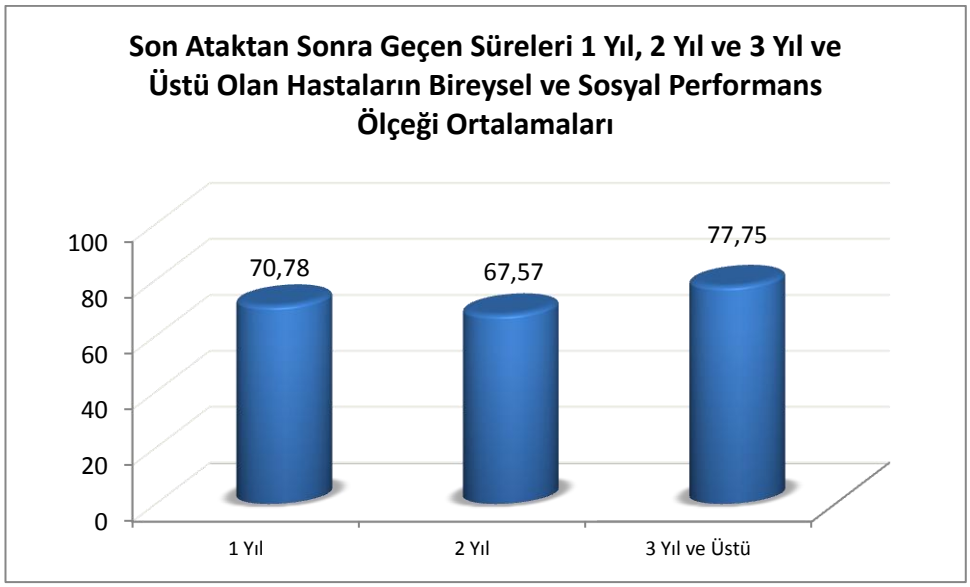

**Şekil 6.**

**Tablo 9.** Son Ataktan Sonra Geçen Süreleri 1 Yıl, 2 Yıl ve 3 Yıl ve Üstü Olan Hasta Gruplarının Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Bakımından Karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H Testi

**Tanımlayıcı istatistikler ve analiz sonuç tablosu**

| | **Son Ataktan Sonra Geçen Süre** | **N** | **Ortalama ± Standart Sapma** | **Medyan** | **p** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği** | **1 yıl** | 9 | 70.78 ± 13.01 | 68 | 0.191 |
| | **2 yıl** | 7 | 67.57 ± 9.55 | 70 | |
| | **3 yıl ve üstü** | 8 | 77.75 ± 9.84 | 81 | |

Son ataktan sonra geçen süreleri 1 yıl, 2 yıl ve 3 yıl ve üstü olan hasta grupları arasında bireysel ve sosyal performans ölçeği (p=0.191) bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.




**Şekil 7.**

**Tablo 10.** Evli, Bekâr ve Boşanmış Hastaların Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Bakımından Karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H Testi ve Mann-Whitney U Testi

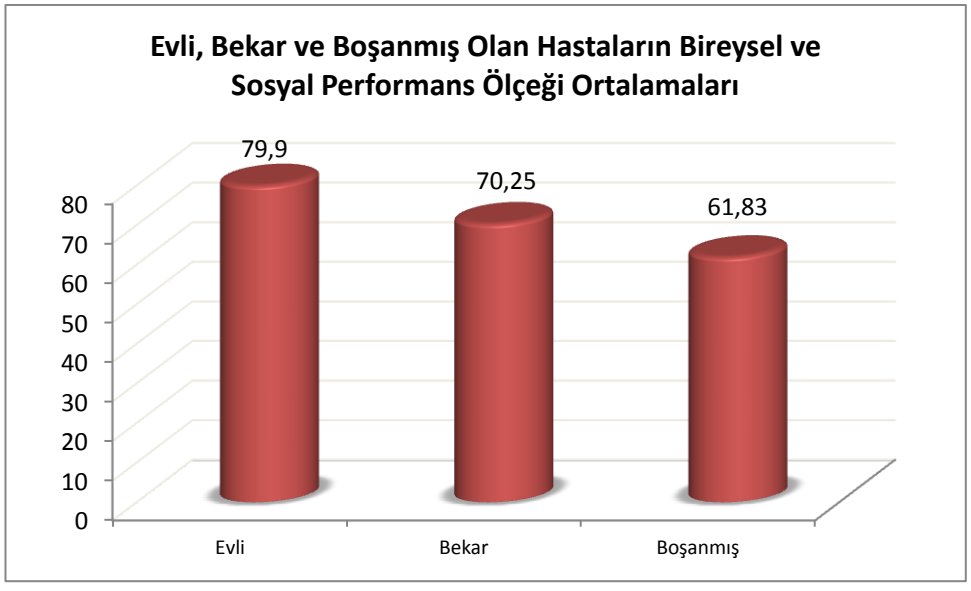
**Tanımlayıcı istatistikler ve Kruskal-Wallis H Testi sonuç tablosu**

| | Evlilik Durumu | N | Ortalama ± Standart Sapma | Medyan | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği** | **Evli** | 10 | 79.9 ± 7.83 | 81.5 | *0.008* |
| | **Bekâr** | 8 | 70.25 ± 10.44 | 67.5 | |
| | **Boşanmış** | 6 | 61.83 ± 9.06 | 60 | |

**Mann-Whitney U Testi sonuç tablosu**

| | p |
|---|---|
| **Evli*Bekâr** | 0.055 |
| **Evli*Boşanmış** | *0.003* |
| **Bekâr*Boşanmış** | 0.108 |

Evli, bekâr ve boşanmış hastalar arasında bireysel ve sosyal performans ölçeği (p=0.008) bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu fark sadece evli ve boşanmış hastalar (p=0.003) arasında anlamlı bulunmuştur. Evli hastaların bireysel ve sosyal performans ölçeği puanları, boşanmış hastalara göre daha yüksektir. Ancak evli hastalar ile bekâr hastalar (p=0.055) arasında, bekâr hastalar ile boşanmış hastalar (p=0.108) arasında bireysel ve sosyal performans ölçeği bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.



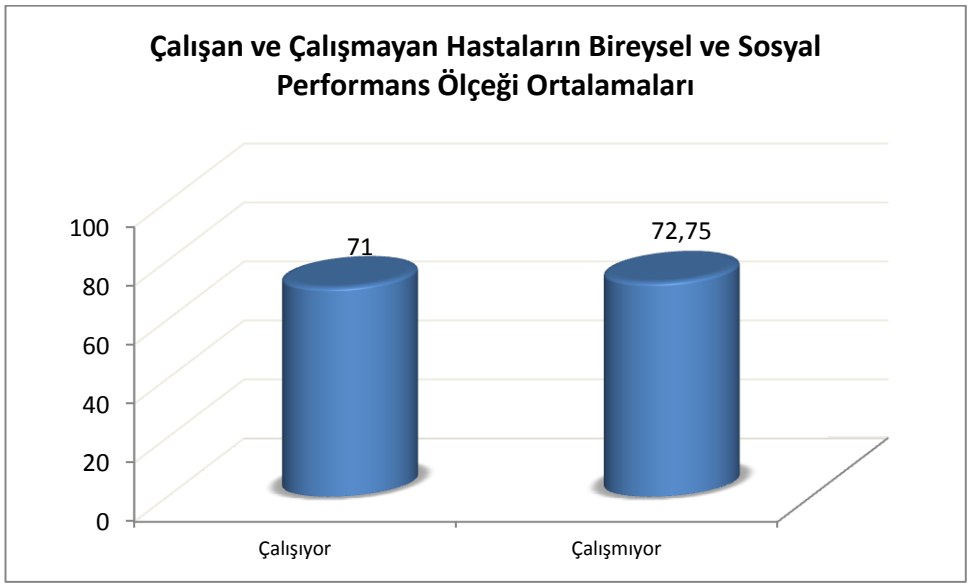

**Şekil 8.**

**Tablo 11.** Çalışan ve Çalışmayan Hastaların Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Bakımından Karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplar İçin t Testi

**Tanımlayıcı istatistikler ve analiz sonuç tablosu**

| | Çalışma Durumu | N | Ortalama ± Standart Sapma | p |
|---|---|---|---|---|
| **Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği** | **Çalışıyor** | 8 | 71 ± 11.63 | 0.732 |
| | **Çalışmıyor** | 16 | 72.75 ± 11.64 | |

Çalışan ve çalışmayan hastalar arasında bireysel ve sosyal performans ölçeği (p=0.732) bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.




**Şekil 9.**

**Tablo 12.** Ataklar Arasında Geçen Ortalama Süre, İntihar Olasılığı Ölçeği ve Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Değişkenlerinin İlişkilerinin Araştırılmasında Pearson Korelasyon Testi

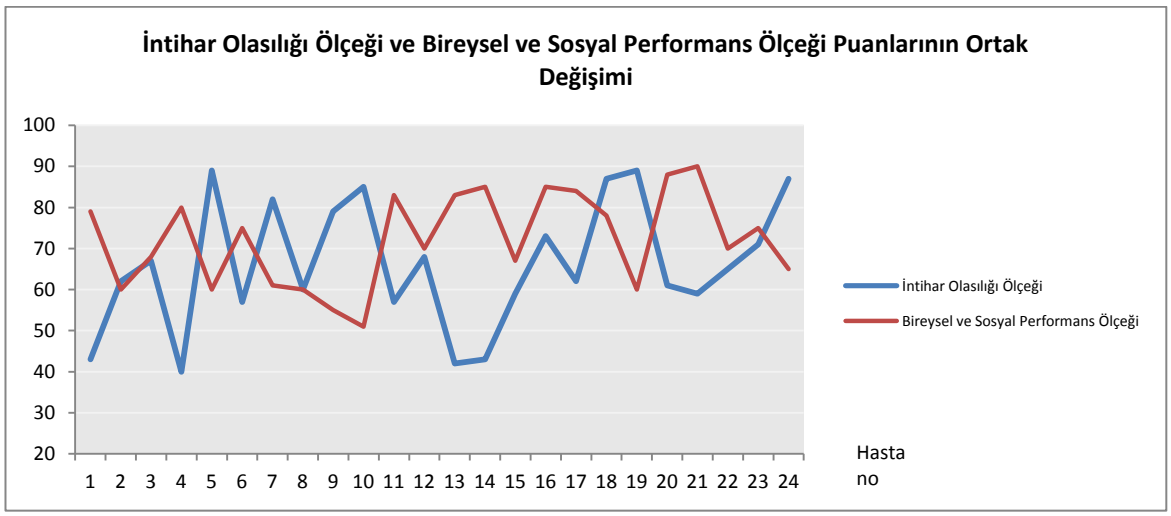
**Pearson korelasyon sonuç tablosu**

| | r | p |
|---|---|---|
| **İntihar olasılığı ölçeği * Bireysel ve sosyal performans ölçeği** | -0.6 | *0.002* |
| **Ataklar Arasında Geçen Ortalama Süre * İntihar olasılığı ölçeği** | -0.413 | *0.045* |
| **Ataklar Arasında Geçen Ortalama Süre * Bireysel ve sosyal performans ölçeği** | 0.424 | *0.039* |

İntihar olasılığı ölçeği puanları ile bireysel ve sosyal performans ölçeği puanları (p=0.002, r =-0.6) arasında ters yönlü ve orta dereceli bir korelasyon vardır.

Ataklar arasında geçen ortalama süre ile intihar olasılığı ölçeği puanları (p=0.045, r =-0.413) arasında ters yönlü ve orta dereceli bir korelasyon vardır.

Ataklar arasında geçen ortalama süre ile bireysel ve sosyal performans ölçeği puanları (p=0.039, r =0.424) arasında aynı yönlü ve orta dereceli bir korelasyon vardır.



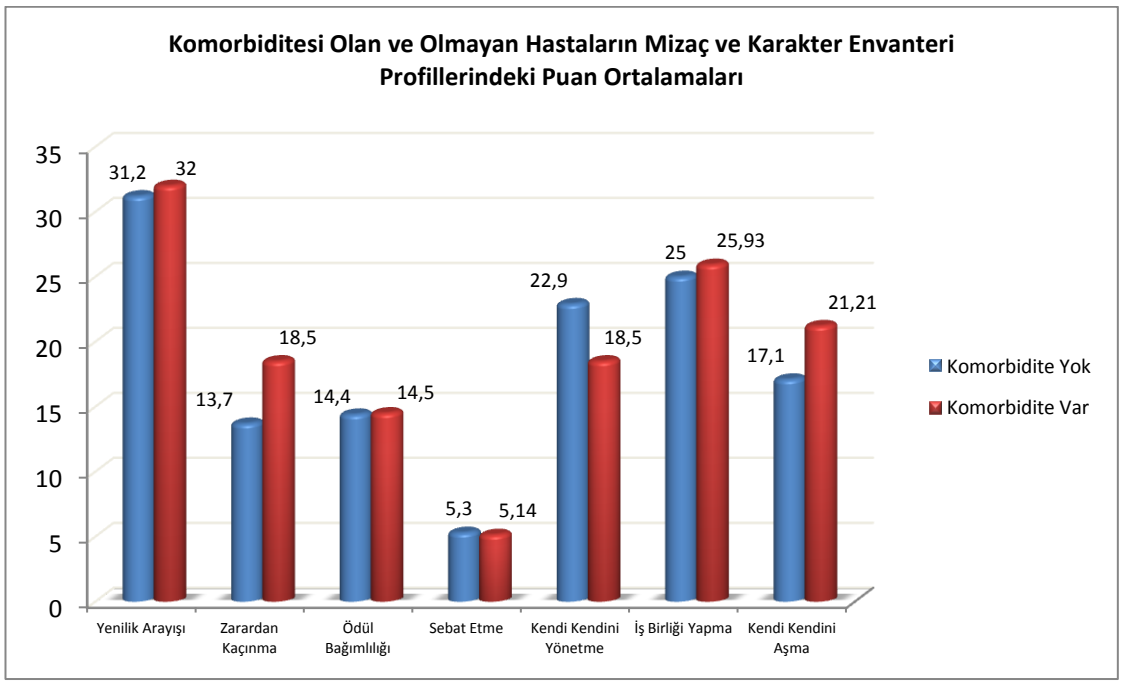

**Şekil 10**

**Tablo 13.** Komorbiditesi Olan ve Olmayan Hastaların Mizaç ve Karakter Envanteri Profillerindeki Puanlarının Karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplar İçin t Testi

**Tanımlayıcı istatistikler ve t testi sonuç tablosu**

| Mizaç ve Karakter Envanteri Profilleri | Komorbidite | N | Ortalama ± Standart Sapma | p |
|---|---|---|---|---|
| **Yenilik Arayışı** | **Yok** | 10 | 31.20 ± 3.53 | 0.628 |
| | **Var** | 14 | 32 ± 3.37 | |
| **Zarardan Kaçınma** | **Yok** | 10 | 13.7 ± 4.16 | *0.040* |
| | **Var** | 14 | 18.5 ± 5.97 | |
| **Ödül Bağımlılığı** | **Yok** | 10 | 14.4 ± 2.41 | 0.929 |
| | **Var** | 14 | 14.5 ± 2.87 | |
| **Sebat Etme** | **Yok** | 10 | 5.30 ± 1.25 | 0.820 |
| | **Var** | 14 | 5.14 ± 1.87 | |
| **Kendi Kendini Yönetme** | **Yok** | 10 | 22.9 ± 6.52 | 0.070 |
| | **Var** | 14 | 18.5 ± 4.83 | |
| **İş Birliği Yapma** | **Yok** | 10 | 25.00 ± 4.29 | 0.636 |
| | **Var** | 14 | 25.93 ± 4.92 | |
| **Kendi Kendini Aşma** | **Yok** | 10 | 17.10 ± 6.33 | 0.079 |
| | **Var** | 14 | 21.21 ± 4.63 | |

Komorbiditesi olan ve olmayan hastalar arasında yenilik arayışı (p=0.628), ödül bağımlılığı (p=0.929), sebat etme (p=0.820), kendi kendini yönetme (p=0.070), iş birliği yapma (p=0.636) ve kendi kendini aşma (p=0.079) profilleri puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Ancak bu hastalar arasında zarardan kaçınma (p=0.040) profili puanları bakımından anlamlı fark saptanmıştır. Komorbiditesi olan hastaların zarardan kaçınma profili puanları, komorbiditesi olmayan hastalara göre anlamlı derecede yüksektir.




**Şekil 11.**

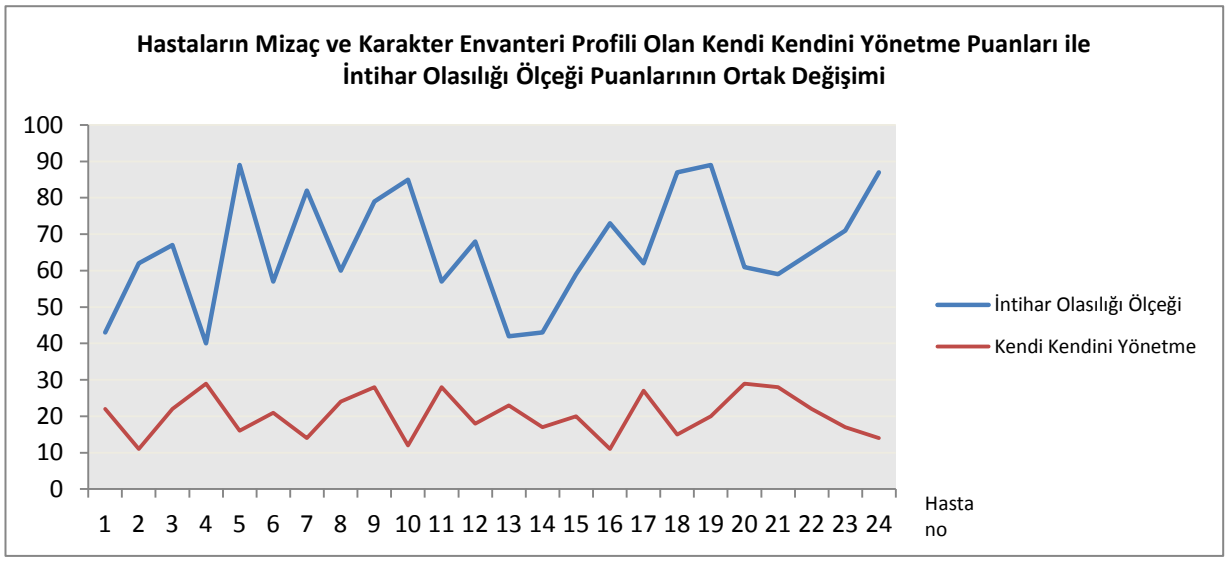
**Tablo 14.** Mizaç ve Karakter Envanteri Profilleri Puanlarının ile İntihar Olasılığı Ölçeği ve Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Puanlarının İlişkilerinin Araştırılmasında Pearson Korelasyon Testi

**Pearson korelasyon sonuç tablosu**

| | | r | p |
|---|---|---|---|
| **Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği*** | **Yenilik Arayışı** | 0.399 | 0.053 |
| | **Zarardan Kaçınma** | -0.303 | 0.072 |
| | **Ödül Bağımlılığı** | -0.124 | 0.564 |
| | **Sebat Etme** | -0.030 | 0.888 |
| | **Kendi Kendini Yönetme** | 0.394 | 0.056 |
| | **İş Birliği Yapma** | -0.031 | 0.887 |
| | **Kendi Kendini Aşma** | -0.157 | 0.465 |
| **İntihar Olasılığı Ölçeği*** | **Yenilik Arayışı** | -0.238 | 0.262 |
| | **Zarardan Kaçınma** | 0.317 | 0.131 |
| | **Ödül Bağımlılığı** | -0.229 | 0.281 |
| | **Sebat Etme** | 0.359 | 0.085 |
| | **Kendi Kendini Yönetme** | -0.493 | *0.014* |
| | **İş Birliği Yapma** | -0.191 | 0.371 |
| | **Kendi Kendini Aşma** | 0.253 | 0.233 |

Bireysel ve sosyal performans ölçeği puanları ile mizaç ve karakter envanteri profilleri olan yenilik arayışı (p=0.053), zarardan kaçınma (p=0.072), ödül bağımlılığı (p=0.564), sebat etme (p=0.888), kendi kendini yönetme (p=0.056), iş birliği yapma (p=0.887) ve kendi kendini aşma (p=0.465) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon yoktur.

Ayrıca; intihar olasılığı ölçeği puanları ile mizaç ve karakter envanteri profilleri olan yenilik arayışı (p=0.262), zarardan kaçınma (p=0.131), ödül bağımlılığı (p=0.281), sebat etme (p=0.085), iş birliği yapma (p=0.371) ve kendi kendini aşma (p=0.233) puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon yoktur. Ancak intihar olasılığı ölçeği puanları ile kendi kendini yönetme (p=0.014, r =-0.493) puanları arasında ters yönlü ve orta dereceli bir ilişki saptanmıştır.




**Şekil 12.**

# 5. TARTIŞMA

Bu çalışmaya en az 6 aydır remisyonda olan bipolar afektif bozukluk (BAB) tip 1 hastaları dahil edilmiştir. Dahil etme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 24 hasta alınmıştır. Katılımcılara sözel olarak çalışma hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü olur formu okutularak imzalatılmıştır. Tanının doğrulanması ve komorbiditelerin belirlenmesi amacıyla SCID-I kullanılmıştır. Hastaların remisyonda olduğunun doğrulanması amacıyla Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS) kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların yaşları 20 ila 58 arasında değişmektedir. Ortalama yaş 37.71 ± 11.99 olarak tespit edilmiştir. 24 katılımcıdan 15'i (%62.5) kadın, 9'u (%37.5) erkektir. Katılımcılardan 10 (%41.7) tanesi evli, 8 (%33) tanesi bekâr ve 6 (%25) tanesi boşanmıştır. Boşanmış hastaların hepsinde komorbidite varlığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılanlar arasında çalışma oranının düşük olduğu tespit edilmiştir. 24 kişiden 8'i (%33) çalışırken, 16 (%66) katılımcı aktif olarak çalışmamaktadır. Eğitim düzeyi genelde lise ve üstü düzeyindedir. Sadece 3 (%12.5) kişi ilkokul mezunuyken, 11 (%45) kişi lise, 10 (%41.7) kişi ise yüksekokul veya üniversite mezunudur.

YMRS puanları 1 ila 6 arasında değişmektedir. Hastaların YMRS ortalama puanları 3.5 ± 1.41 olarak bulunmuştur. YMRS puanlarına dayanarak hastalarda manik epizod düşünülmemiştir. HAM-D puanları 1 ila 5 arasında değişmektedir. HAM-D ortalama puanları ise 3.17 ± 1.05 olarak tespit edilmiştir. HAM-D ölçeği puanlarına göre hastaların hiç biri depresyonda değildir.

Hastalar komorbiditenin var olup olmamasına göre 2 gruba ayrılmıştır. Komorbiditesi olan 14 hasta tespit edilmiştir. Bu hastalardan 8' inde Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), 3 hastada obsesif kompulsif bozukluk (OKB), 2 hastada alkol kötüye kullanımı, 1 hastada ise Yaygın anksiyete bozukluğu ve alkol kötüye kullanımı bulunmaktadır. Bu bulgulara göre en sık görülen komorbidite Yaygın

anksiyete bozukluğudur. Boylan ve arkadaşlarının 139 hastayla yaptıkları çalışma da benzer sonuçlar görülmüştür (Boylan, 2004).

Bipolar bozuklukta eksen 1 ve eksen 2 komorbiditesi sıklıkla görülmektedir (Krishnan, 2005). Bipolar tip 1 hastalarında, yaşam boyu psikiyatrik komorbidite oranı %50-70 arasında değişmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğa %46 oranında eksen-I komorbiditesinin eşlik ettiği gözlenmiştir (Ünal, 2007). Bu çalışmada komorbidite oranı %58 olarak bulunmuştur. Bu oran diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Bipolar bozukluk ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıda yayın vardır. Bu çalışmalardan elde edilen en önemli sonuçlar; bu iki hastalık grubu arasındaki birlikteliğin oldukça yaygın olduğu ve anksiyete bozukluğu görülme sıklığının, genel topluma göre BAB hastalarında daha yüksek oranda bulunduğudur. Ayrıca bu birlikteliğin tanınmasının, hastalara doğru tanı konmasında ve uygun tedavi yaklaşımlarının belirlenmesinde çok büyük katkısı vardır. Bu birlikteliğin saptanamaması durumunda ise hastalık belirtilerinin kişilik patolojisi olarak yorumlanabileceği, karma dönemlerin tanınmasında güçlük çekileceği ve tedaviye yanıtsızlığa neden olabileceğine dikkat çekilmiştir (Lut, 2007).

Bipolar bozukluğu olan hasta grubunda genel populasyona oranla anksiyete bozukluğu oranları yüksek bulunmuştur (Keller 2006). Bipolar bozukluğu olan hastaların %55.8'inde eşlik eden en az bir anksiyete bozukluğu, %31.8'inde çoğul anksiyete bozuklukları ile komorbidite oranları gözlenmiştir. Sıklıkla çoğul anksiyete bozuklukları ile komorbidite oluştuğu gözlenmiştir. Bipolar bozukluğu olan ve komorbid anksiyete bozukluğu olan hastaların klinik görünümleri bipolar bozukluğun semptomlarının daha belirginleşmesi şeklinde gözlenmiştir (Keller 2006).

Bu çalışmada da önceki çalışmalarla benzer şekilde anksiyete bozukluğu komorbiditesi % 50 olarak bulunmuştur.

Bipolar bozukluğu olan hastalarda alkol kullanım bozuklukları eş tanısının oldukça sık olduğu bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda bu oranlar hastaların yarısına

yaklaşmakta hatta aşabilmektedir. Bipolar bozukluğu olan hastalarda alkol kullanım bozuklukları iki geniş çalışmada %46 ve %58 olarak bulunmuştur. Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. 50 bipolar hastada eş tanı sıklığını değerlendiren bir çalışmada yaşam boyu alkol kötüye kullanımı oranı %10 olarak bulunmuştur (Özyıldırım, 2009).

Bu çalışmada da ülkemizdeki çalışmaya benzer şekilde bu oran %12.5 olarak bulunmuştur. Bu oran batı toplumlarında yaşayan bipolar bozukluğu olan hastalara göre daha düşüktür. Bunun sebebi ülkemizde alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığı oranlarının batı toplumlarına göre daha düşük olması olabilir (Akvardar, 2005).

Hastaların intihar olasılıkları İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) ile değerlendirilmiştir. İOÖ puanları 40 ila 89 arasında değişmektedir. İOÖ ortalama puanı 66.13 ± 15.42 olarak bulunmuştur. Hastalar İOÖ puanlarına göre 2 gruba ayrılmıştır. 75 puan ve üzerinde alan 6 hasta (%25) yüksek risk grubuna dahil edilmiştir. Isometsa ve arkadaşlarının Finlandiya'da yaptığı bir çalışmada bipolar hastaların intihar girişimlerinin en sık depresif dönemde (%79) olduğu gözlenmiştir. Ancak intihar girişiminde bulunan hastaların %11'inin remisyonda olduğu gözlenmiştir (Isometsa, 1994). 2008 yılında Tatvan'da yapılan bir çalışmaya remisyondaki hastalar dahil edilmiş ve hastaların intihar düşüncelerinin devam ettiği gözlenmiştir (Yen, 2008).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada da bipolar bozukluğu olan hastalarla sağlıklı kontroller karşılaştırılmış ve bipolar hastalarda intihar olasılığının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Ekinci,2011).

Hastaların işlevsellikleri bireysel ve sosyal performans ölçeği (PSP) ile değerlendirilmiştir. PSP puanları 51 ila 90 arasında değişmekle birlikte ortalama puan 72.17 ± 11.41 olarak tespit edilmiştir. Bu puanların karşılık geldiği işlevsellik düzeyi ise; 71-100 arası puan tam işlevsellik veya çok hafif düzeyde işlevsellik yitimi, 51-70 arası puan; açıkça veya belirgin düzeyde işlevsellik yitimi ve 50 puanın altında düzey ise; şiddetli veya aşırı şiddetli işlevsellik yitimi olarak kabul edilmektedir. Bu puanlamaya göre çalışmaya katılan hastaların işlevsellik düzeyleri hafif düzeyde işlevsellik yitimi lehine değerlendirilebilir. Kullanılan ölçeğin

geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına şizofreni ve bipolar bozukluk hastları dahil edilmiş ve ortalama ölçek puanı 60 olarak bulunmuştur (Aydemir, 2009).

Komorbiditesi olan ve olmayan hastalar arasında intihar olasılığı ölçeği (p=0.008) ve bireysel ve sosyal performans ölçeği (p=0) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Komorbiditesi olan hastaların intihar olasılığı ölçeği puanları, komorbiditesi olmayan hastalara göre daha yüksektir. Komorbiditesi olan hastaların bireysel ve sosyal performans ölçeği puanları, komorbiditesi olmayan hastalara göre daha düşüktür.

Eksen 1 komorbiditesinin de tamamlanmış intihar ve intihar davranışıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Simon ve arkadaşlarının çalışmasında anksiyete bozukluğu komorbiditesinin riski 2.45 kat arttırdığı gözlenmiştir.(Simon,2007). Diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi alkol ve madde bağımlılığı bipolar bozuklukta da intihar riskini arttırmaktadır (Keith,2005). Tondo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada madde kullanımının, komorbid psikiyatrik hastalıktan bağımsız olarak riski 2 kat arttırdığı gözlenmiştir (Tondo,1999). Goldberg ve arkadaşlarının çalışmasında ise alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığının riski 4 kata kadar attırdığı gözlenmiştir (Abreu,2009). 129 remisyonda bipolar bozukluk hastasının dahil edildiği bir çalışmada, komorbiditesi olanlarda daha fazla intihar girişimi öyküsü olduğu gözlenmiştir (Vieta,1997). Bu çalışmada hasta sayısı istatistiksel analiz için yetersiz olacağından komorbiditeler ayrı ayrı ele alınmamıştır.

Ötimik unipolar depresyon, bipolar bozukluk ve sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, sosyal uyumun kontrollere göre daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Judd, 2008). Romans ve McPherson' un çalışmasında 6 aydır remisyonda olan bipolar bozukluk hastalarında sosyal işlevselliğin bozulduğu gözlenmiştir (Romans, S. E., & McPherson, H. M. 1992). Duygudurum bozukluğu hastalarının ele alındığı 15 yıllık bir takip çalışmasında işlevsellikteki bozulmanın 60 aya kadar azalarak da olsa devam ettiği gözlenmiştir. Bipolar bozukluk hastalarının takip süresinin %30'u kadar sürede çalışamadıkları tespit edilmiştir. Bu oranın Major depresyon ve Bipolar bozukluk tip II hastalarına göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Judd, 2008). Kesitsel olan bu çalışmada da hastaların %66'sının aktif

olarak çalışmadığı gözlenmiştir. Bireysel ve sosyal işlevsellik ölçeği puanları da hafif derecede bir işlevsellik kaybına işaret etmektedir.

Anksiyete komorbiditesinin işlevsellik kaybıyla ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (Tse, 2002). Kauer Sant' Anna ve arkadaşlarının Kanada'da yaptıkları bir çalışmada anksiyete komorbiditesinin intihar girişimi ve düşük İşlevselliğin genel değerlendirmesi skorlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Kauer Sant'Anna, 2007). Bu çalışmada da benzer şekilde komorbiditesi olan hastaların bireysel ve sosyal performans ölçeği puanları, komorbiditesi olmayan hastalara göre daha düşüktür. Ayrıca boşanmış hastaların hepsinde komorbidite varlığı dikkat çekmiştir. Boylan ve arkadaşlarının çalışmasında da anksiyete bozukluğunun varlığı kötü prognozla ilişkilendirilmiştir (Boylan, 2004).

Levy ve arkadaşları bipolar bozukluk hastalarındaki psikososyal zorlukların çok etmenli olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu iddialarını bipolar bozukluktaki malign döngü olarak adlandırmışlardır. Hastalığın başlangıcını, şiddetini ve gidişatını etkileyen genetik bir yatkınlık, kalıntı belirtilerin varlığı, bilişsel bozulma veya hastalığın yarattığı kronik strese bağlı bilişsel bozulmanın işlevselliği etkileyebileceği düşünülmektedir (Levy, 2001).

Son ataktan sonra geçen süreleri 1 yıl, 2 yıl ve 3 yıl ve üstü olan hasta grupları arasında bireysel ve sosyal performans ölçeği ($p=0.191$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Judd ve arkadaşlarının yaptığı 15 yıllık takip çalışmasında son ataktan sonra geçen süre arttıkça işlevsellikteki düzelmenin arttığı gözlenmiştir (Judd, 2008). Bu farklılığın gözlenmemesinin nedeni hasta sayısının az olması ve işlevselliğin multifaktöriyel bir değişken olmasıyla açıklanabilir.

Evli, bekar ve boşanmış hastalar arasında bireysel ve sosyal performans ölçeği ($p=0.008$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu fark sadece evli ve boşanmış hastalar ($p=0.003$) arasında anlamlı bulunmuştur. Evli hastaların bireysel ve sosyal performans ölçeği puanları, boşanmış hastalara göre daha yüksektir. Ancak evli hastalar ile bekar hastalar ($p=0.055$) arasında, bekar hastalar ile boşanmış hastalar ($p=0.108$) arasında bireysel ve sosyal performans ölçeği bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Boşanmış olmakla

işlevsellik arasında çift yönlü bir ilişki olması muhtemeldir. Psikososyal açıdan bozuklukların olması boşanmayla sonuçlanmış olabilir. Ters yönlü bir ilişki de olabilir.

Ataklar arasında geçen ortalama süre ile bireysel ve sosyal performans ölçeği puanları (p=0.039, r =0.424) arasında aynı yönlü ve orta dereceli bir korelasyon vardır. Sık duygudurum epizodu geçirmek kronik psikolojik strese neden oluyor olabilir. Bu stresin nörotoksik etkileri zaman içerisinde bilişsel yitimin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir. Bu bilişsel bozulma da psikososyal beklentilerin karşılanmasını güçleştiriyor olabilir Karşılanmakta zorlanılan psikososyal beklentiler de bu tarz ilişkilerden kaçınmaya neden oluyor olabilir (Levy, 2001). Martinez-Aran ve arkadaşlarının çalışmasına ötimik bipolar hastalara ve sağlıklı kontroller dahil edilmiştir. Bipolar bozukluk hastalarının bilişsel fonksiyonlarının daha kötü olduğu, bilişsel fonksiyonlardaki bozukluğu işlevsellikle de bağlantılı olduğu gözlenmiştir (Martinez-Aran, 2007).

Ataklar arasında geçen ortalama süre ile intihar olasılığı ölçeği puanları (p=0.045, r = -0.413) arasında ters yönlü ve orta dereceli bir korelasyon vardır.

İntihar olasılığı ölçeği puanları ile bireysel ve sosyal performans ölçeği puanları (p=0.002, r =-0.6) arasında ters yönlü ve orta dereceli bir korelasyon vardır.

Psikososyal işlevsellikteki bozulmalar strese neden olarak intihar olasılığını artırıyor olabilir. Aksine intihar olasılığının yüksek olması işlevsellikte bozulmaya ilişkili olabilir. Sık duygudurum epizodu geçirmek sık hastaneye yatış oranları süre giden eğitim ve iş faaliyetlerinde aksamaya neden olmuş olabilir. Bu aksama da hem stres kaynağı oluşturmuş hem de kişiler arası ilişkilerin bozulmasına neden olmuş olabilir. (Goldberg, 1999, Michalak,2006, Wingo,2010) Ara dönemde devam edilen kalıntı belirtilerin varlığı psikososyal açıdan toparlanmanın önünde bir engel teşkil edebilmektedir (Bonnin, 2010, Dickerson,2010). Tüm bunlar bir arada düşünüldüğünde psikososyal zorlukların intihar olasılığını arttırıyor olabileceği düşünülebilir.

Fabiano ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı kesitsel bir çalışmada ötimik bipolar hastaların yenilik arayışı, zarardan kaçınma skorları sağlıklı kontrollere göre yüksek bulunurken, kendini aşma ve kendini yönetme skorları aynı gruba göre düşük bulunmuştur. Komorbid anksiyete bozukluğu olan hastaların olmayanlara göre zarardan kaçınma skorları da daha yüksek bulunmuştur. Komorbid alkol bağımlılığı olan hastalarda da sebat etme skorları herhangi bir komorbiditesi olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur (Fabian, 2008). Bipolar bozukluk ve unipolar depresyon hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışma da panik bozukluk komorbiditesi olan bipolar bozukluk hastalarında yüksek zarardan kaçınma gözlenirken, bu fark yine panik bozukluk komorbiditesi olan unipolar depresyon hastalarında gözlenmemiştir (Mula, 2008). Diğer ruhsal bozuklukların (unipolar depresyon, sınırda kişilik bozukluğu) ve sağlıklı kontrollerin de dahil edildiği başka bir çalışmada da intihar girişiminde bulunanların, zarardan kaçınma skorlarının sağlıklı kontrollere göre yüksek, kendini yönetme ve işbirliği yapma skorlarının ise düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İntihar girişimi olan veya olmayan hastalar arasında fark gözlenmemiştir. Bu sonuç, duygudurumun kişilik üzerine olan etkisine bağlanmıştır (Calati, 2008).

Bu çalışmada komorbiditesi olan ve olmayan hastalar arasında yenilik arayışı (p=0.628), ödül bağımlılığı (p=0.929), sebat etme (p=0.820), kendi kendini yönetme (p=0.070), iş birliği yapma (p=0.636) ve kendi kendini aşma (p=0.079) profilleri puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Ancak bu hastalar arasında zarardan kaçınma (p=0.040) profili puanları bakımından anlamlı fark saptanmıştır. Komorbiditesi olan hastaların zarardan kaçınma profili puanları, komorbiditesi olmayan hastalara göre anlamlı derecede yüksektir. Diğer mizaç boyutları ile komorbiditenin varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamasının nedeni hasta sayısının yetersiz olmasıyla açıklanabilir. Bu çalışmada alkol kötüye kullanımı komorbiditesiyle mizaç boyutları arasındaki ilişki bu hasta grubundaki hasta sayısının çok az olması nedeniyle ayrıca değerlendirilmemiştir.

Bireysel ve sosyal performans ölçeği puanları ile mizaç ve karakter envanteri profilleri olan yenilik arayışı (p=0.053), zarardan kaçınma (p=0.072), ödül bağımlılığı (p=0.564), sebat etme (p=0.888), kendi kendini yönetme (p=0.056), iş

birliği yapma (p=0.887) ve kendi kendini aşma (p=0.465) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon yoktur. İsveç'te şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastaların işlevsellikleri ve mizaç özellikleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. İşlevselliği yüksek olan grubun zarardan kaçınma puanları diğer gruba göre düşük bulunmuştur. Yine işlevselliği yüksek olan grupta sebat etme ve kendini yönetme skorları daha yüksek bulunmuştur (Eklund, 2004). Ülkemizde bipolar bozukluk hastaları ile yapılan bir çalışmada, yenilik arayışı skorunun artması daha düşük İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD) skorlarıyla ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmaya göre kendi kendini yönetme skorundaki azalma daha düşük İGD skorlarıyla, işbirliği yapma skorundaki düşüklüğün daha düşük İGD skorlarıyla, kendini aşma skorundaki artışın ise daha düşük İGD skorlarıyla ilişkili olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Akay, 2008).

Ayrıca; intihar olasılığı ölçeği puanları ile mizaç ve karakter envanteri profilleri olan yenilik arayışı (p=0.262), zarardan kaçınma (p=0.131), ödül bağımlılığı (p=0.281), sebat etme (p=0.085), iş birliği yapma (p=0.371) ve kendi kendini aşma (p=0.233) puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon yoktur. Ancak intihar olasılığı ölçeği puanları ile kendi kendini yönetme (p=0.014, r =-0.493) puanları arasında ters yönlü ve orta dereceli bir ilişki saptanmıştır.

Mizaç ve karakter boyutlarının bipolar bozuklukta intihar girişimini etkileyip etkilemediğini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada intihar girişimi olan bipolar hastalarda zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı anlamlı derecede daha yüksek, sebat etme ve kendini yönetme daha düşük bulunmuştur (Enström, 2004). Bu çalışmada intihar olasılığı ile diğer mizaç ve karakter boyutları arasında ilişki çıkmamasının nedeni örneklemin yetersiz olması olabilir.

Bu çalışmanın başlıca kısıtlılığı hasta sayısının bazı verilerin değerlendirilmesi açısından yetersiz olmasıdır. Ayrıca çalışmanın kesitsel olması nedeniyle, geçmişe yönelik anamnez alınmasına rağmen, bazı bilgilerin hastalar tarafından eksik ya da yanlış hatırlanıyor olması muhtemeldir. Hastaların işlevselliklerinin de çalışmanın yapıldığı zaman diliminde değerlendirilmiş olması ciddi bir kısıtlılığa işaret etmektedir.

# 6. SONUÇ

Bu çalışmaya en az 6 aydır remisyonda olan bipolar afektif bozukluk (BAB) tip 1 tanısı almış 24 hasta dahil edilmiştir. YMRS ve HAM-D kullanılarak hastaların remisyonda oldukları doğrulanmıştır. Eksen 1 komorbiditesi olan ve olmayan hastalar arasında intihar olasılığı ölçeği ve bireysel ve sosyal performans ölçeği bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Komorbiditesi olan hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları, komorbiditesi olmayan hastalara göre daha yüksektir. Komorbiditesi olan hastaların bireysel ve sosyal performans ölçeği puanları, komorbiditesi olmayan hastalara göre daha düşüktür.

Mizaç ve Karakter Envanteri puanlarına bakıldığında komorbiditesi olan hastaların zarardan kaçınma profili puanları, komorbiditesi olmayan hastalara göre anlamlı derecede yüksektir. Ayrıca İntihar Olasılığı Ölçeği puanları yüksek olan hastalarda, kendi kendini yönetme düşük bulunmuştur.

Bu bulgular ışığında bipolar bozukluk hastalarında remisyon döneminde de intihar riskinin devam edebildiği; komorbidite varlığında intihar riskinin daha da artabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Komorbidite varlığı tanı ve tedaviyi güçleştiren bir durum olduğu bilinmektedir. Bu çalışmadaki bulgular da bu görüşü destekler niteliktedir. Mizaç ve karakter özelliklerinin de komorbidite ve intihar olasılığıyla ilişkili olabileceği akılda bulundurulmalıdır. Bipolar bozukluktaki mizaç özellikleri ve bunların hastalık seyri ve tedavi sürecine olan etkilerini araştırmak amacıyla daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Hastalardaki genel olarak hafif düzeyde işlevsellik yitimi olduğu gözlenmiştir. Bu hastalardaki işlevsellik kaybının çok etmenli olabileceği göz önüne alınarak buna uygun tedavi seçenekleri üzerinde durulmalıdır.

# ÖZET

**Remisyondaki bipolar bozukluk tip 1 hastalarında komorbidite, mizaç ve intihar olasılığı ilişkisi**

**Amaç:** Bu çalışmada en az 6 aydır remisyonda olan bipolar bozukluk hastalarında komorbidite var olup olmadığının, intihar olasılığının ve mizaç özelliklerinin saptanması ve komorbiditenin mizaç özellikleriyle ve intihar olasılığıyla ilişkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Araştırmanın örneklemi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD polikliniğine ayaktan başvuran, DSM-IV' e göre bipolar bozukluk tip 1 tanısı almış 24 gönüllü katılımcıdan oluşmaktadır. Katılımcılardan sosyodemografik ve klinik bilgiler toplanmış, DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) ile bipolar bozukluk tanısı doğrulanmıştır. Hastaların remisyonda olduklarının doğrulanması amacıyla Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) kullanılmıştır. Hastaların intihar olasılıkları İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) ile, işlevsellik ise Bireysel ve Sosyal Performans ölçeği (PSP) ile değerlendirilmiştir. Mizaç ve karakter özellikleri ise Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular: Hastalar Eksen 1 komorbiditesinin var olup olmadığına göre iki gruba ayrılmıştır.** Komorbiditesi olan ve olmayan hastalar arasında intihar olasılığı ölçeği (p=0.008) ve işlevselliğin genel değerlendirilmesi (p=0) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Komorbiditesi olan hastaların işlevselliğin genel değerlendirilmesi puanları, komorbiditesi olmayan hastalara göre daha düşüktür. Komorbiditesi olan hastaların intihar olasılığı ölçeği puanları, komorbiditesi olmayan hastalara göre daha yüksektir. Komorbiditesi olan hastaların zarardan kaçınma profili puanları, komorbiditesi olmayan hastalara göre anlamlı derecede yüksektir. İntihar Olasılığı Ölçeği puanları ile kendi kendini yönetme (p=0.014, r =-0.493) puanları arasında ters yönlü ve orta dereceli bir ilişki saptanmıştır

**Sonuç:** Bu bulgular ışığında bipolar bozukluk hastalarında remisyon döneminde de intihar riskinin devam edebildiği; komorbidite varlığında intihar riskinin daha da artabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Komorbidite varlığı tanı ve tedaviyi güçleştiren bir durum olduğu bilinmektedir. Bu çalışmadaki bulgular da bu görüşü destekler niteliktedir. Mizaç ve karakter özelliklerinin de komorbidite ve intihar olasılığıyla ilişkili olabileceği akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Bipolar, komorbidite, mizaç, işlevsellik, intihar olasılığı

# ABSTRACT

**Comorbidity in patients having bipolar disorder of type 1 in remission, relationship between temperament and suicide probability**

**Objective:** In this study, it is aimed to researched the following issues; whether the comorbidity exists or not in the patients having bipolar disorder, of whom in remission during 6 months at least, determination of suicide probability and temperament attributes, and the correlation of comorbidity to temperament attributes and suicide probability.

**Method:** The sample of the research is comprised of 24 volunteers who submitted in person to the Psychiatry Department of Ankara University Medical Faculty, having diagnosed with bipolar disorder of type 1 according to DSM-IV. The socio-demographic and clinical informations are gathered from the participants, and their bipolar disorder diagnoses are verified by the use of Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis -I Disorder (SCID-I). Young Mania Rating Scale (YMRS) and Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) are employed in order to verify that the patients are in remission. While the probability of suicide for the patients are assessed by Suicide Probability Scale (SPS), their functioning are evaluated by Personal and Social Performance Scale (PSP). Their temperament and character attributes are assessed by Temperament and Character Inventory (TCI).

**Results:** The patients are classified into two groups according to whether they have comorbidity of Axis 1 or not. There are reasonable statistical differences between the patients with and without comorbidiy in terms of the suicide probability scale ($p=0.008$) and the general assessment of functioning ($p=0$). The patients with comobidity have smaller scores of general assessment of functioning with respect to the patients without comorbidity. Whereas, the patients with comorbidity have higher scores in the suicide probability scale with respect to the patients without comorbidity. The patients with comorbidity have significantly higher scores of avoiding harm profile with respect to the patients without comorbidity. It is found

that there is an inverse and moderate level of correlation (p=0.014, r =-0.493) between the suicide probability scale and the self-government scores.

**Conclusions:** In the light of these results, it should be noted that the suicide risk may extend to the remission period for the patients having bipolar disorder. It should be paid attention to the increase of suicide risk in the case of comorbidity existence. It is known that the existence of comorbidity makes the diagnoses and treatment harder. The results of this study also supports this opinion. It should be recalled that the attributes of temperament and character may also have a correlation with the comorbidity and suicide probability.

**Key words:** Bipolar, comorbidity, temperament, functioning, suicidality

# KAYNAKLAR


Akay Ö., Konuk N. (2008). Bipolar Bozuklukta Kişilik Özelliklerinin Hastalık Seyrine Etkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi,* Zonguldak.

Akdeniz F. Kesebir S. Vahip S. Gönül AS. (2004).Duygudurum Bozuklukları ile Mizaç Arasında İlişki Var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*; 15(3): 183-190.

Akiskal HS. (1995). Developmental pathways to bipolarity: are juvenile onset depressions pre bipolar? *J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 34:754-763.

Akiskal HS (1996) The temperamental foundations of affective disorders. Interpersonal origin and course of affective disorders. Mund C ve ark. (Ed), *London, Gaskell, Royal College of Psychiatrists, s.* 3-30.

Akiskal HS., Kilzieh N., Maser JD., Clayton PJ., Schettler PJ., Shea MT., Endicott J., Scheftner W., Hirschfeld RMA., Keller MB. (May 2006). The distinct temperament profiles of bipolar I, bipolar II and unipolar patients, *Journal of Affective Disorders Volume 92*, Issue 1, pages 19-33.

Akiskal HS., Pinto O. (September, 1999). The Evolving Bipolar Spectrum: Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatric Clinics of North America Volume 22*, Issue 3, 1 Pages 517-534.

Altshuler LL., Bearden CE., Green MF., Gorp W., Mintz C. (2008). A relationship between neurocognitive impairment and functional impairment in bipolar disorder: A pilot study *Psychiatry Research Volume 157*, Issues 1-3, 15 January 2008, Pages 289-293.

American Psychiatric Association, editor. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)* Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Arkar H. (2008). Cloninger'in Mizaç ve Karakter Boyutları ile Kişilik Bozuklukları Arasındaki İlişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi;* 11(3):115-124.

Aydemir Ö., Köroğlu E. (2007). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. HYB Basım Yayın, Ankara.

Aydemir Ö., Üçok A., Danacı AE., Canpolat T., Karadayı G., Emiroğlu B., Sarıöz F. (2009) Bireysel ve Sosyal Perfromans Ölçeği' nin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik psikofarmakoloji Bülteni*, 19: 93-100.

Aydemir Ö., Üçok A., Esen-Danaci A., Canpolat T., Karadayi G., Emiroğlu B., Sariöz F., (2009 June). Bireysel ve sosyal performans ölçeği'nin Türkçe sürümünün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalişmasi. / The validation of Turkish version of Personal and Social Performance Scale (PSP). *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni/ Bulletin of Clinical Psychopharmacology, Vol 19(2),* 93-100.

Bauwens F., Tracy A., Pardoen D., Elst MW and J Mendlewicz. (2008). Social adjustment of remitted bipolar and unipolar out-patients. A comparison with age- and sex-matched controls. *The British Journal of Psychiatry* 159: 239-244

Benazzi F. (2007). Bipolar II disorder: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs.;*21(9):727-40.

Boylan KR., Bieling PJ., Marriott M., Begin H., Young LT., MacQueen GM. (2004). Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. The Journal of Clinical Psychiatry;65(8):1106–1113.

Bonnín CM., Martínez-Arán A., Torrent C. et al. (2010). Clinical and neurocognitive predictors of functional outcome in bipolar euthymic patients: a long-term, follow-up study. Journal of Affective Disorders;121(1-2):156–160.

Bowen R., South M., Hawkes J. (1995). Mood swings in patients with panic disorder. *Can J Psychiatry*; 39:91–94.

Brezo j., Paris J., Tremblay R., Vitaro F., Zoccolillo M., Hebert M., Turecki G. (2006). Personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults. Psychological Medicine, 36: 191-202.

Brieger P, Roettig S, Wenzel A ve ark. (2003) TEMPS-A scale in mixed and pure manic episodes: new data and methodological considerations on the relevance of joint anxious-depressive temperament traits. *J. Affect. Disord*, 73, 99-104.

Calati R., Giegling I., Rujescu D., Hartmann AM., Möller HJ., Ronchi D., Serretti A. (2008). Temperament and character of suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research Volume 42*, Issue 11, Pages 938-945.

Can SS., Özel ET., Çevik A. (2006). Bipolar Bozuklukların Sınıflandırılmasında Yenilikler ve Sorun Alanları. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Psikiyatri Cilt: 2* Sayı:29.

Chen LP., Murad MH., Paras ML., Colbenson KM., Sattler AL., Goranson EN., Elamin MB., Seime RJ., Shinozaki G., Prokop LJ.,Zirakzadeh A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* Jul;85(7):618-629.

Cloninger C.R., Przybeck T.R., Svrakic D.M., Wetzel R.D. (1994). The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use. St. Louis: *Washington University Center for Psychobiology of Personality.*

Cloninger CR (1986) A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev*, 3: 167-226.

Cloninger CR. (1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 573-588.

Cloninger CR., Bayon C., Svrakic DM. (1998) Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundemental states as personality types. *J Affect Disord*, 51: 21-32.

Cloninger CR., Svrakic DM., Przybeck TR. (1993) A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 975-990.

Cooke RG., Robb JC., Young L., Joffe RT. (1996). Well-being and functioning in patients with bipolar disorder assessed using the MOS 20-ITEM short form ( SF-20). *Journal of Affective Disorders* 39; 93-97.

Coryell W., Solomon D., Turvey C., Keller M., Leon AC., Endicott J., Schettler P., Judd L., Mueller T. (2003). The Long-term Course of Rapid-Cycling Bipolar Disorder. *Arch Gen Psychiatry*; 60: 914-920.

Cull JG., Gill WS. (1990). Suicide probability scale, *Western Psychological Services*, Los Angelas.

Çorapçıoğlu A (1999), SCID-I Klinik versiyon, Hekimler Yayın Birliği Matbaası Ankara.

Dell'Osso L., Akiskal HS., Freer P., Barberi M., Placidi GF. (1993). Psychotic and nonpsychotic bipolar mixed states: comparisons with manic and schizoaffective disorders, *European Archives Of General Psychiatry And Clinical Neuroscience, Volume 243*, Number 2, 75-81.

Depp CA., Davis CE., Mittal D., Patterson TL., Jeste DV. (2006 February). Health-related quality of life and functioning of middle-aged and elderly adults with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.*;67(2):215-21.

Dickerson F., Origoni A., Stallings C., Khushalani S., Dickinson D., Medoff D. (2010). Occupational status and social adjustment six months after hospitalization early in the course of bipolar disorder: a prospective study. Bipolar Disorders;12(1):10–20.

Dickerson FB., Sommerville J., Origoni AE., Ringel NB., Parente F. (2001 May). Outpatients with schizophrenia and bipolar I disorder: do they differ in their cognitive and social functioning? *Psychiatry Research Volume 102*, Issue 1, Pages 21-27.

Dickson WE., Kendell RE. (1986). Does maintenance lithium theraphy prevent recurrences of mania under ordinary clinical conditions? *Psychological Medicine,* 16: 521-530.

Dominic L., Grace W. (1997). Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychological Medicine*, 27, 1091±1100.

Ekinci O., Albayrak Y., Ekinci AE., Caykoylu A. (2011) Relationship of trait impulsivity with clinical presentation in euthymic bipolar disorder patients. *Psychiatry Res.*(Epub ahead of print).

Eklund M., Hansson L., Bengtsson-Tops A. (2004). The influence of temperament and character on functioning and aspects of psychological health among people with schizophrenia. *European Psychiatry Volume 19,* Issue 1, January 2004, Pages 34-41.

Engström C. (2004). Bipolar disorder. III: Harm avoidance a risk factor for suicide attempts, *Bipolar Disorders,* 6: 130-138.

Engström C., Brändström S., Sigvardsson S., Cloninger R. (2004) Bipolar disorder: I. Temperament and character. *Journal of Affective Disorders Volume 82,* Issue 1,, Pages 131-134.

First MB., Spitzer RL., Gibbon M et al. (1997). *Structed Clinical interview for DSM IV Axis Disorders (SCID-1) Clinical version.* Washington D.C. and London: American Psychiatric Pres.

Freeman MP., Freeman SA. and McElroy SL. (February 2002). The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues, *Journal of Affective Disorders, Volume 68,* Issue 1, Pages 1-23.

Goldberg JF., Harrow M. (1999). Bipolar Disorders: Clinical Course and Outcome. Washington, DC, USA: American Psychiatric Press.

Hamilton M (1960) A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*, 23: 56-62.

Hansenne M., Roggers J., Pinto E et al. (1999). TCI and depression. *J Psychiatr Res*, 33: 31-36.

Hantouche EG, Akikal HS, Lancrenon S ve ark. (1998) Gender, temperament and the clinical picture in dysphoric mixed mania. *J Affect Disord*, 50: 175-186.

Hawton K., Sutton L., Haw C., Sinclair J,. Harriss L. (2005). Suicide and Attempted Suicide in Bipolar Disorder: A Systematic Review of Risk Factors. *Journal of Clinical Psychiatry, Vol 66(6*), 693-704.

Himmelhoch JM., (September 1998). Social anxiety, hypomania and the bipolar spectrum: data, theory and clinical issues,' *Journal of Affective Disorders, Volume 50*, Issues 2-3, 1, Pages 203-213.

Hirschfeld MA., Vornik LA. (2005). Bipolar Disorder;Costs and Comorbidity, *Am J Manag Care.*;11:S85-S90.

Isometsa ET., Henriksson MM, Aro HM and Lonnqvist JK. (1994). Suicide in bipolar disorder in Finland. *Am J Psychiatry*;151:1020-1024.

Işık, E. (2003). Duygu Durumu Bozuklukları, Depresyon Ve Bipolar Bozukluklar, *Bipolar Bozukluklar*,,İstanbul.

Joyce P., Mulder R., Cloninger CR. (1994) Temperament predicts clomipramine and desipramine response in major depression. *J Affect Disord*, 30: 35-46.

Judd LL., Schetter PJ., Akiskal HS. (2002). The prevalence, clinical revelance and public health significance of depression. *Psychiatry Clin North Am*. 25:4 685-998.

Judd LL., Schettler PJ., Solomon DA., Maser JD., Coryell W., Endicott J., Akiskal HS. (2008 May). Psychosocial disability and work role function compared across the long-term course of bipolar I, bipolar II and unipolar major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders,Volume 108*, Issues 1-2,, Pages 49-58.

Judd,LL., Schettler PJ., Akiskal HS., Coryell W., Leon AC., Maser JD., Solomon DA. (2008). Residual Symptom Recovery From Major Affective Episodes in Bipolar

Disorders and Rapid Episode Relapse/Recurrence. *Arch Gen Psychiatry*;65(4):386-394.

Kaplan HI., Sadock BJ. (2004). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Eight Edition Volume 1*, Newyork.

Karadağ F., Oral ET., Yalçın AF. ve ark. (2002) Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirliği *Türk Psikiyatri Derg.* 13: 107-114.

Kauer-Sant'Anna M., Frey BN., Andreazza AC et al. (2007). Anxiety comorbidity and quality of life in bipolar disorder patients. Canadian Journal of Psychiatry.;52(3):175–181.

Keller MB. (2006). Prevalence and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder. J Clin Psychiatry, 67(suppl 1):5–7.

Kelsoe JR (2003) Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. *J Affect Disord*, 73:183-197.

Kesebir S., Vahip S., Akdeniz F. (2005). Bipolar bozuklukta mizaç ile klinik özelliklerin ilişkisi *Türk Psikiyatri Dergisi*; 16(3):164-169.

Kessler, R.C., Rubinow, D.R., Holmes, C., Abelson, J.M. and Zhao, S. (1997). The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychological Med.* 27, pp. 1079–1089.

Köse S., Sayar K., Ak I., Aydin N., Kalelioğlu Ü., Kirpinar I., Reeves RA., Przybeck TR., Cloninger CR. (2004). Mizaç ve Karakter Evanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, Güvenirliği ve Faktör Yapisi. / Turkish version of the Temperament and Character Inventory (TCI): Reliability, validity, and factorial structure. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni/ Bulletin of Clinical Psychopharmacology, Vol 14(3),* 107-131.

Krishnan KRR. (2005). Psychiatric and Medical Comorbidities of Bipolar Disorder. *Psychosomatic Medicine* 67: 1-8.

Krüger S., Cooke RG., Hasey GM., Jorna T., Persad E. (1995). Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorders, *Journal of Affective Disorders, Volume 34,* Issue 2, Pages 117-120.

Levy B. and Manove E. (2011) Functional Outcome in Bipolar Disorder: The Big Picture, *Depress Res Treat*. Article ID: 949248. 12 pages.

L., Grace W. (1997). Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychological Medicine*, 27, 1091±1100.

M., Roggers J., Pinto E et al. (1999). TCI and depression. *J Psychiatr Res*, 33: 31-36.

Marneros A. (2001). Origin and development of concepts of bipolar mixed states,, *Journal of Affective Disorders, Volume 67,* Issues 1-3, Pages 229-240.

Martinez-Aran A., Vieta E., Torrent C, Sanchez-Moreno J., Goikolea JM., M Salamero., GS Malhi.(2007). Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disorders. Volume 9,* Issue 1-2, pages 103–113.

McElroy SL., Altshuler LL., Suppes T. (March 2001). Axis I Psychiatric Comorbidity and Its Relationship to Historical Illness Variables in 288 Patients With Bipolar Disorder, *Am J Psychiatry 158:420-426*.

McElroy SL., Altshuler LL., Suppes T., Keck PE., Frye MA., Denicoff KD., Nolen WA., Kupka RW., Leverich GS., Rochussen JR., Rush AR., and Post RM. (2001). Axis I Psychiatric Comorbidity and Its Relationship to Historical Illness Variables in 288 Patients With Bipolar Disorder, *Am J Psychiatry* 158:420-426.

Michalak EE., Yatham LN., Kolesar S., Lam RW. (2006). Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. *Quality of Life Research.;*15(1):25–37.

Miklowitz DJ. Otto MW. Ellen F. (2007 September). Intensive Psychosocial Intervention Enhances Functioning in Patients With Bipolar Depression: Results From a 9-Month Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 164:1340-1347.

Morosini PL., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S., Pioli R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand*, 101: 323-329.

Mula M., Pini S., Monteleone P., Iazzetta P., Preve M., Tortorella A., Amato E., Paolo LD., Conversano C., Rucci P., Cassano GB., Maj M. (2008). Different temperament and character dimensions correlate with panic disorder comorbidity in bipolar disorder and unipolar depression. *Journal of Anxiety Disorders Volume 22*, Issue 8, Pages 1421-1426.

Nabuco de Abreu L., Lafer B., Baca-Garcia E., Oquendo MA. (2009). Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician *Rev. Bras. Psiquiatr. vol.31* no.3. São Paulo.

Nery FG., Hatch JP., Glahn DJ., Nicoletti MA. (2008). Temperament and character traits in patients with bipolar disorder and associations with comorbid alcoholism or anxiety disorders, *Psychiatry Res*.; 42(7): 569–577.

Nelson EC., Cloninger CR. (1995) TPQ as a predictor of response to nefazodone treatment of depression. *J Affect Disord*, 35: 51-57.

Oquendo MA., Galfalvy H., Russo S., Ellis SP., Grunebaum MF., Burke A., Mann JJ. (2004). Prospective Study of Clinical Predictors of Suicidal Acts After a Major Depressive Episode in Patients With Major Depressive Disorder or Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry* 161:1433-1441.

Özkürkçügil A., Aydemir Ö., Yıldız M. ve ark. (1999) DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12: 233-236

Özsan HH., Tuğcu H. (1999). Şizofrenik Hastalarda İntihar Olasılığının Çeşitli Faktörlere Göre İncelenmesi. *Kriz Dergisi*. 6(1): 33-39.

Öztürk MO. (2008). *Ruh Saglıgı ve Bozuklukları Cilt 1*, 11. Basım,,Ankara.

Özyıldırım İ., Yargıç İ., Berkol T., Karayün D., Yazıcı O. (2009). Bir Duygudurum Bozuklukları Biriminde İzlenen Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Alkol Kullanım Bozukluğunun Sıklığı, *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 46(4):140-142.

Perlis RH., Miyahara S., Marangell LB., Wisniewski SR., Ostacher M., DelBello MP., Bowden CL., Sachs GL. Nierenberg AA. (2004). Long-Term Implications of Early Onset in Bipolar Disorder: *Data from the First 1000 Participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD).*Biol. Psychiatry;55:875– 881.

Perugi G., Akiskal HS., Pfanner C.,Presta S.,Gemignani A, Milanfranchi A., Lensi P., Ravagli S.,Cassano GB (October 1997). The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive–compulsive disorder, *Journal of Affective Disorders Volume 46*, Issue 1, Pages 15-23.

Regier DA., Farmer ME., Rae DS., Locke BZ., Keith SJ., Judd LL., Goodwin FK. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*; 264:2511– 8.

Richter J. (2000). Temperament and character during the course of unipolar depression among patients, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci,* 250: 40-47.

Robb JC., Cooke RG., Devins GM., Young LT., Joffe RT. (1997). Quality of life and lifestyle disruption in euthymic bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research Volume 31,* Issue 5, Pages 509-517.

Romans, S. E., & McPherson, H. M. (1992). The social networks of bipolar affective disorder patients. *Journal of Affective Disorders*, 25, 221 – 228.

Sato T., Narita T., Hirano S. et al. (2001) Factor validity of TCI in patients with major depression. *Compr Psychiatry,* 42: 337-341.

Sayıl I. (2000). Duygudurum bozuklukları, *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* 2. Baskı, Ankara.

Sayın A., Aslan S. (2005). Duygudurum Bozuklukları İle Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(4):276-28

Scott J., Gutierrez MJ. (2004).The current status of psychological treatments in bipolar disorders: a systematic review of relapse prevention. *Bipolar Disorders Volume 6,* Issue *6*, pages 498–503.

Scott WW. (2000). The economic burden of bipolar disease. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol 61(Suppl13), 38-41.

Simon GE., Hunkeler E., Fireman B., Lee JY., Savarino J. (2007). Risk of suicide attempt and suicide death in patients treated for bipolar disorder. *Bipolar Disord.;*9(5):526-30.

Simon NM., Otto MW., Wisniewski SR., Fossey M., Sagduyu M., Frank E., Sachs GS., Nierenberg AA., Thase ME. and Pollack MH.(2004). Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder Patients: Data From the First 500 Participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD for the STEP-BD. *Am J Psychiatry* 161:2222-2229.

Solomon DA., Keitner GI., Miller IW., Shea MT., Keller MB. (1995). Course of illness and maintenance treatments for patient with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*; 56:5-13.

Strakowski SM., Stoll AL., Tohen M. (1993). TPQ as a predictor of six-month outcome in first episode mania. *Psychiatr Res,* 48:1-8.

Strakowsky SM., Tohen M., Stall AL. (1992). Comorbidity in mania at first hospitalization. *Am J Psychiatry*, 39: 72-74.

Sütçügil L., Cansever A. (2006). Bipolar Bozukluk Ve Eşik Altı Belirtiler. *Türkiye Klinikleri, Dahili Tıp Bilimleri, Psikiyatri*. 2(29);17-22

Svrakic DM., Draganic S., Hill K et al. (2002) Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scand,* 106: 189-195.

Svrakic DM., Przybeck TR., Cloninger CR. (1992). Mood states and personality traits. *J Affect Disord,* 24: 217-226.

Svrakic DM., Whitehead C., Przybeck TR et al. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 991-999.

Tamam L. (2007). Bipolar Bozukluk İle Anksiyete Bozukluğu Birlikteliği: Bir Gözden Geçirme, *Türk Psikiyatri Dergisi*,; 18(1): 59-71.

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (1992). *Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization.

Tohen M., Hennen J., Zarate CA., Baldessarini RJ., Strakowski SM., Stoll AL., Faedda GL., Suppes T., Gebre-Medhin P., Cohen BM. (2000). First Episode Project: Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of major affective disorders with psychotic features. *Am J Psychiatry* 157:220-228.

Tondo L., Baldessarini RJ., Hennen J., Minnai GP., Salis P., Scamonatti L., Masia M., Ghiani C., Mannu P. (1999). Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders. *J Clin Psychiatry*.; 60(Suppl 2):63-9.

Tse S., Yeats M. (2002). What helps people with bipolar affective disorder succeed in employment: a grounded theory approach. *Work.;*19(1):47–62.

Tuğcu H. (1996). Normal ve depresif kişilerde çeşitli faktörlere göre intihar olasılığı. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

US Dept Health and Human Services, National Institute of Mental Health. Epidemiologic catchment area (ECA) survey of mental disorders, wave I (household) 1980–1985: [United States]. 2002;ICPSR 8993:1–911. *Inter-university Consortium for Political and Social Research.*

Ünal A., Kuloğlu M., Atmaca M., Geçici Ö., Tezcan E. (2007). Bipolar Bozukluğa Eşlik Eden Eksen I ve Eksen II Tanıları. *Türkiye'de Psikiyatri*;9(1):18-25.

Vieta E., Benabarre A., Colom F., Gasto C., Nieto E., Otero A., Vallejo J. (1997). Suicidal behavior in bipolar I and bipolar II disorder. *J Nerv Ment Disord.*;185(6):407-9.

Williams BW. (1978). A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*; 45: 742-747.

Wingo AP., Baldessarini RJ., Compton MT., Harvey PD. (2010). Correlates of recovery of social functioning in types I and II bipolar disorder patients. Psychiatry Research.;177(1-2):131–134.

Yen CF., Cheng CP., Ko CH., Yen JY., Huang CF., Chen CS . (2008). Suicidality and its association with insight and neurocognition in taiwanese patients with bipolar I disorder in remission**.** *J Nerv Ment Dis* 196(6):462-7.

Young LT., Bagby M., Cooke RG., Parker JDA., Levitt AJ., Joffe RT. (1995). A comparison of tridimensional personality questionnaire dimensions in bipolar disorder and unipolar depression. *Psychiatry Research,* 58: 139–43.

Young RC., Biggs JT., Ziegler VE., Meyer DA. (1978 Nov). "A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity". *Br J Psychiatry* 133 (5): 429–35.

# EKLER

**EK 1.** GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın gönüllü,

Bipolar bozukluk tanısı almış olmanız ve belirtisiz dönemde bulunuyor olmanız nedeniyle bu çalışmaya katılmanız istenmektedir. Aşağıdaki bilgiler kararınızı verirken bilgilendirilmiş olmanızı amaçlamaktadır.

Bipolar bozukluk tekrarlamalarla seyreden ve atak dönemlerinde işlevsellikte ciddi bozulmalara yol açabilen ve ek psikiyatrik hastalık oranı çok yüksek olan bir durumdur. Ayrıca ek psikiyatrik hastalık ve mizaç özelliklerinin hastalığın gidişatı ve işlevsellik üzerine etkileri olduğunu düşündüren çalışmalar mevcuttur. Mizacın ayrıca ek hastalığa neden olarak da gidişatı etkileyebileceği öne sürülmüştür.Bipolar bozukluklu hastaların ilaç tedavisi altında olduğu ve belirtilerinin düzelmiş kabul edildiği dönemlerde deişlevselliklerinin sağlıklı kontrollere göre bozulmuş olduğunu gösteren az sayıda çalışma mevcuttur.Belirtilerin azaldığı dönemdeki bipolar hastalarda, tüm bu faktörler arasındaki ilişkilerin ve işlevsellik üzerine etkilerinin ortaya çıkarılması ek müdahale alanları yaratılmasına olanak sağlayabilir.

Ölçekler hastalara sabah saatlerinde Dr.Emel Gökdemir tarafından 2 seans halinde uygulanacaktır. Testler hastalara 2 gün içerisinde verilecektir. SCID, işlevsellik ölçeği, HAM-D ve YMRS birinci gün uygulanırken, İOÖ, mizaç ve karakter envanteri uygulayıcı gözetiminde 2. gün doldurulcaktır. İlk gün uygulanacak testlerin süresi 2 saat, 2. Gün uygulanacak testlerin süresi 1.5 saattir.

Bu çalışmanın amacı, belirtileri düzelmiş olan bipolar bozukluklu hastalardaki işlevsellik düzeyini belirlemek, mizaç, intihar riski, ek hastalık ve işlevsellik Arassındaki muhtemel bağlantıları ortaya çıkarmaktır..araştırma sırasında herhangi bir sorunuz olduğunda ya da tedavi ya da randevularınızı yeniden düzenlemek amacıyla Dr. Emel Gökdemir (Tel: 05064188300) ile bağlantı kurabilirsiniz.

Alınan bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak ve kimliğiniz gizli tutulacaktır. Eğer istemezseniz buçalışmaya katılmayabilirsiniz, istediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Çalışmadan çıkarsanız tedavinizde ya da takibinizde aksama olmayacaktır, bu çalışma kurumunuza veya size maddi yük getirmeyecektir.

Ben……., yukarıda okuduğum çalışma ile ilgili bilgiler şahsıma sözel olarak da iletildi.Bu çalışmaya gönüllü olarak kendi rızamla katılıyorum. Bu kâğıdın bir kopyasını da edindim.

Gönüllünün Adı soyadı:

İmza:

Adres, telefon:

Araştırmacının Adı soyadı:

İmza:

Adres, telefon: Tarih:

**EK 2**. DSM-IV Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Görüşme (SCID-I)

**DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI İÇİN**
**YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME**

**PUANLAMA CETVELİ**

# SCID-I

**KLİNİK VERSİYON**

Michael B. First, M.D.
Robert L. Spitzer, M.D.
Miriam Gibbon, M.S.W.
Janet B. W. Williams, D.S.W.

Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry
Columbia University
New York, New York

Hastanın adı: _____

Kayıt Numarası: _____ Değerlendirme Tarihi: _____

Doktor: _____

Bilgi kaynakları (tüm başvuranları kontrol ediniz): ☐ Hasta
☐ Aile/arkadaş/eşlik edenler
☐ Sağlık personeli
☐ Tıbbi kayıtlar

# GÖZDEN GEÇİRME

## DEMOGRAFİK BİLGİLER

| | | |
|---|---|---|
| Doğum tarihiniz? | *Doğum Günü:*<br>__ __ __<br>gün ay yıl | P1 |
| Evli misiniz?<br>HAYIRSA: Hiç evlendiniz mi? | *Evlilik Durumu:*<br>1—Evli ya da biriyle evli gibi yaşıyor<br>2—Dul<br>3—Boşanmış ya da evliliği iptal olmuş<br>4—Ayrı yaşıyor<br>5—Hiç evlenmemiş | P2 |
| Çocuğunuz var mı?<br>EVETSE: Kaç tane? | | P3 |
| Nerede yaşıyorsunuz?<br>Kimlerle yaşıyorsunuz? | | P4 |

## OKUL ÖYKÜSÜ

| | | |
|---|---|---|
| Toplam eğitim süreniz kaç yıl?<br><br>OKULU BİTİREMEDİYSE:<br>Niçin bitiremediniz? | *Eğitim:*<br>1—İlkokul ve daha alt düzey<br>2—Ortaokul<br>3—Lise ve eşdeğer okullar<br>4—Kolej<br>5—2 yıllık yüksek okullar/teknik okullar<br>6—4 yıllık fakülte<br>7—Yüksek lisans<br>8—Eğitimini tamamlamış/doktora yapmış | P5 |

## MESLEK ÖYKÜSÜ

| | | |
|---|---|---|
| Ne çeşit bir işte çalışıyorsunuz?<br><br>Şu anda çalışıyor musunuz?<br><br>EVETSE: Ne zamandır o işte çalışıyorsunuz?<br><br>6 AYDAN AZSA:<br>En son işinizden neden ayrıldınız?<br><br>Hep bu tür işlerde mi çalıştınız?<br><br>HAYIRSA: Neden bu iş?<br><br>Daha önce ne tür işlerde çalıştınız?<br><br>Geçiminizi nasıl sağlıyorsunuz? Şu anda? | | P6 |
| BİLİNMİYORSA: Hiç iş yapmadığınız ya da okula gitmediğiniz bir dönem oldu mu?<br><br>EVETSE: Ne zaman?<br>Neden böyle olmuştu? | | P7 |

## ŞİMDİKİ TEDAVİ DURUMU

| | | |
|---|---|---|
| BİLİNMİYORSA: Geçen ay herhangi bir tedavi oldunuz mu? | 1—Şu anda hastanede (özel tedavi alıyor)<br>2—Ayaktan hasta<br>3—Diğerleri (Adsız Alkolikler gibi)<br>4—Şu anda tedavi almıyor | P8 |
| YATAN HASTA İSE:<br>Hastaneye ne zaman geldiniz?<br><br>AYAKTAN HASTA İSE:<br>Ne zaman bu programa (klinik/muayenelere) gelmeye başladınız? | | P9 |

**SCID-CV Puanlama Cetveli**

## ESAS YAKINMA VE SORUNUN TANIMLANMASI

| | | |
|---|---|---|
| Buraya başvurmanıza (şu anda) ne neden oldu? (Şu anda sizi rahatsız eden en önemli sorununuz nedir?)<br><br>ŞU ANDA VAROLAN SORUN HAKKINDA AYRINTI VERİLMEZSE: Biraz daha ayrıntılı anlatınız (Ne demek istiyorsunuz .....?) | | P10 |

## ŞİMDİKİ HASTALIĞIN YA DA ALEVLENMENİN BAŞLAMASI

| | | |
|---|---|---|
| Rahatsızlığınız ne zaman başladı? (Birşeylerin yolunda gitmediğini ilk ne zaman farkettiniz?)<br><br>Kendinizi en son ne zaman iyi hissettiniz (alışmış olduğunuz gibi)? | | P11 |

## YENİ SEMPTOMLAR YA DA TEKRARLAYANLAR

| | | |
|---|---|---|
| Şu anda yaşadığınız sorunlar yeni mi, yoksa daha önceki sorunlarınızın bir tekrarı mı?<br><br>(Şu an yardım istemek için gelmenize neden olan şey nedir?) | | P12 |

## ÇEVRESEL SORUNLAR VE OLASI PRESİPİTANLAR

| | | |
|---|---|---|
| Tüm bunlar başlamadan hemen önce herhangi bir sorun ya da değişiklik oldu mu?<br><br>(Olan olayların [ŞU ANDAKİ HASTALIĞINIZ]'a neden olduğunu düşünüyor musunuz?)<br><br>Bu durum başladığında sahip olduğunuz diğer sorunlar nelerdi? | | P13 |

## ŞİMDİKİ HASTALIĞIN GİDİŞİ YA DA ALEVLENMELER

| | | |
|---|---|---|
| Hastalık başladıktan sonra ne oldu? (Başka şeyler de canınızı sıkmaya başladı mı?) | | P14 |
| Bu durum başladığından beri, kendinizi ne zaman en kötü hissettiniz?<br><br>BİR YILDAN FAZLAYSA:<br>Geçen yıl içinde, kendinizi ne zaman en kötü hissettiniz? | | P15 |

## TEDAVİ ÖYKÜSÜ

| | | |
|---|---|---|
| Duygusal ya da psikiyatrik sorunlarınız için ilk olarak ne zaman birini gördünüz? (Bu ne içindi? Ne gibi tedavi(ler) aldınız? Hangi ilaçları kullandınız?)<br><br>İlaç ya da alkol için tedavi oldunuz mu?<br><br>PUANLAMA CETVELİ SAYFA 12'DEKİ YAŞAM KARTI, PSİKOPATALOJİ VE TEDAVİNİN KARMAŞIK ÖYKÜSÜ İÇİN DÖKÜMAN OLARAK KULLANILABİLİR | | P16 |
| Daha önce hiç psikiyatri servisinde bulundunuz mu?<br><br>EVETSE: Bu ne içindi? (Ne kadar sürdü?)<br><br>YETERSİZ YANIT VERİRSE KİBARCA ZORLAYINIZ? Örn. bir başka sorun var mıydı? İnsanlar psikiyatri hastanelerine genellikle sadece [YORGUN/SİNİRLİ/KENDİ KELİMELERİNİZ] oldukları için gitmezler. | | P17 |
| Tıbbi yakınmalarınız için daha önce hiç hastanede bulundunuz mu?<br><br>EVETSE: Bu ne içindi? | | P18 |

## ŞU ANDAKİ DİĞER SORUNLAR

| | | |
|---|---|---|
| Geçen ay içinde hiç başka bir sorun yaşadınız mı? | | P19 |
| Ruh haliniz nasıl? | | P20 |
| Bedensel sağlınız nasıl? (Hiç tıbbi bir sorununuz var mı?) BU BİLGİYİ EKSEN III RAPORU İÇİN KULLANINIZ. | | P21 |
| Hiç tıbbi ilaç ya da vitamin alıyor musunuz? (bunların dışında bir şey alıyorsanız bunu söyleyiniz)<br><br>EVETSE: Ne kadar miktar ve sıklıkta [İLAÇ] alıyorsunuz? (Aldığınız miktarda hiç değişiklik oldu mu?) | | P22 |
| [Geçen ay içinde] ne kadar [alkol] aldınız?<br><br>[Geçen ay içinde] ilaç aldınız mı? marihuana, kokain ve diğer maddeler ile ilginiz var mı? | | P23 |

## O SIRADAKİ TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK

| | | |
|---|---|---|
| Boş zamanlarınızı nasıl geçirirsiniz?<br><br>Bu zamanları kiminle geçirirsiniz? | | P24 |

## GÖZDEN GEÇİRME TANILARI

ŞU ANDAKİ EN OLASI TANI: _____ P25

DIŞLANMASI GEREKEN TANILAR: _____ P26

_____

_____

_____

## YAŞAM TABLOSU

| Yaş (ya da) (doğum tarihi) | Tanımlama (semptomlar, tetikleyici olaylar) | Tedavi |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

# A. DUYGUDURUM EPİZODLARI

## MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK ÖLÇÜTLERİ

epizodun başlangıcı: ____
kontrol ediniz: şu anda ____
geçmiş ____
geçmişte ise sonlanış ____

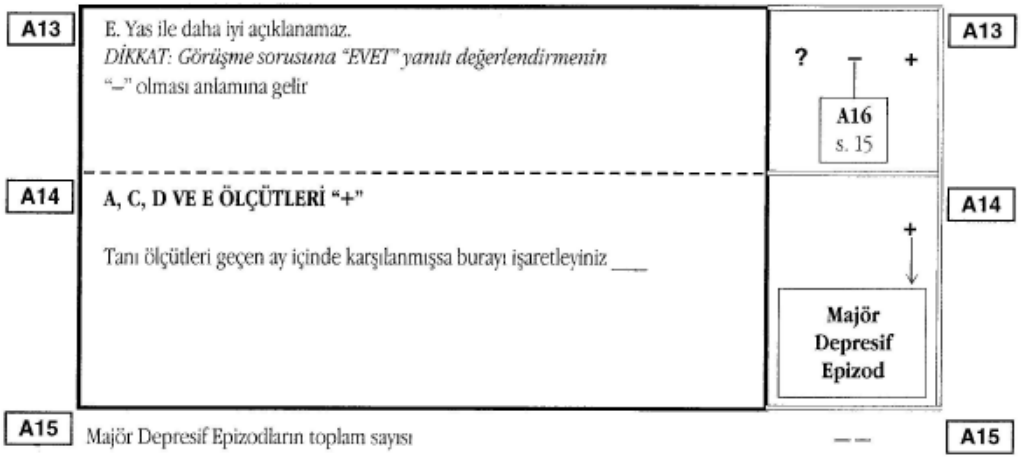
A. 5 (ya da daha fazla). . . iki haftalık bir dönem sırasında . . . semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk almama, olması gerekir.

| | | | |
|---|---|---|---|
| A1 | (1) depresif duygudurum<br>*Notlar:* | ? – + | A1 |
| A2 | (2) belirgin derecede azalmış ilgi kaybı ya da zevk alamama<br>*Notlar:* | ? – + → A16 s.15 | A2 |
| A3 | (3) kilo kaybı/alma; azalmış/artmış iştah<br>*Notlar:* | ? – + | A3 |
| A4 | (4) uykusuzluk ya da aşırı uyku<br>*Notlar:* | ? – + | A4 |
| A5 | (5) psikomotor ajitasyon ya da retardasyon<br>*Notlar:* | ? – + | A5 |

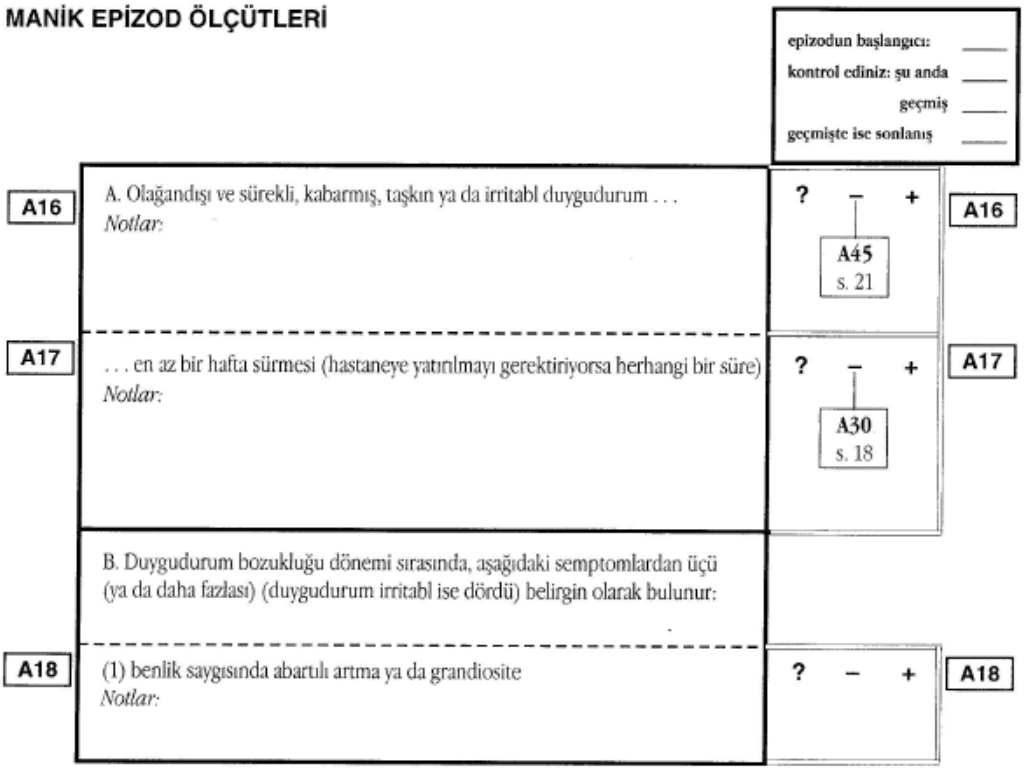
**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

| | | | |
|---|---|---|---|
| A6 | (6) yorgunluk ya da enerji kaybı<br>*Notlar:* | ? – + | A6 |
| A7 | (7) değersizlik ya da aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları<br>*Notlar:* | ? – + | A7 |
| A8 | (8) düşünme yetisinde azalma ya da kararsızlık<br>*Notlar:* | ? – + | A8 |
| A9 | (9) ölüm düşünceleri, intihar düşünceleri girişimi ya da planı<br>*Notlar:* | ? – + | A9 |
| A10 | **A1 - A9 ARASI MADDELERİN EN AZ BEŞ ADEDİ "+" OLMASI VE A1 YA DA A2 MADDELERİNDEN EN AZ BİRİNİN BULUNMASI** | ? – + → A16 s. 15 | A10 |
| A11 | C. Klinik olarak belirgin sıkıntı ya da bozulma olması<br>Notlar: | ? – + → A16 s. 15 | A11 |
| A12 | D. Bir maddeye ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir (s. 24'ü kontrol ediniz)<br>DİKKAT: Görüşmede soruya "EVET" yanıtı değerlendirmenin "-" olmasına eşittir<br>*Notlar:* | ? – + → A16 s. 15 | A12 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**




## MANİK EPİZOD ÖLÇÜTLERİ

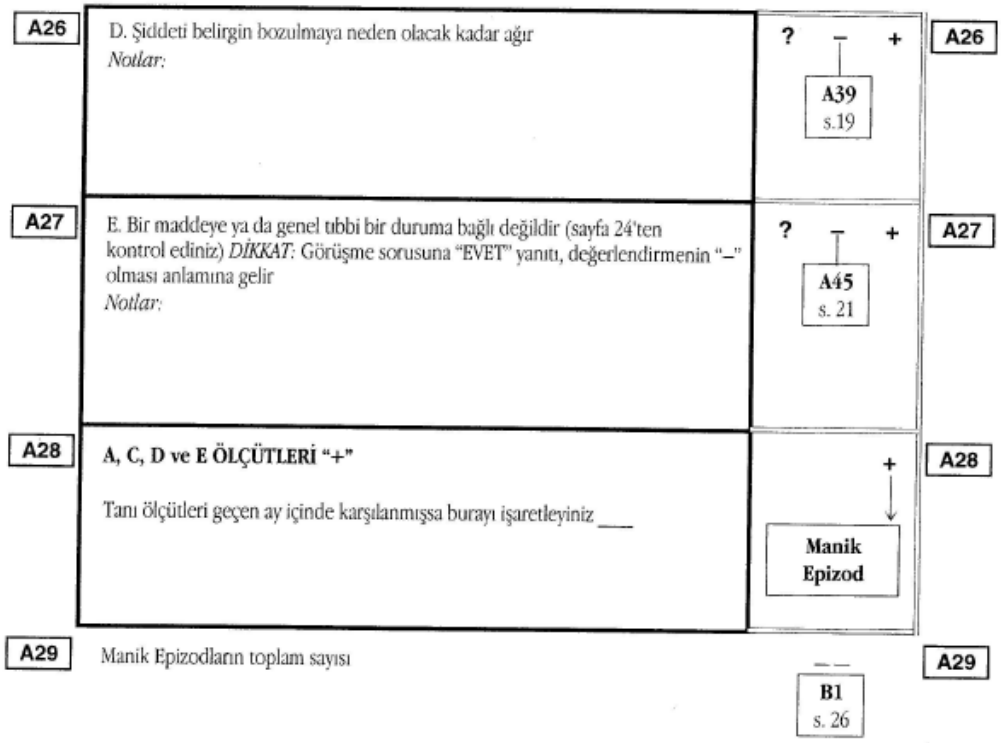



**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

| | | | |
|---|---|---|---|
| A19 | (2) uyku gereksiminde azalma<br>*Notlar:* | ? – + | A19 |
| A20 | (3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma<br>*Notlar:* | ? – + | A20 |
| A21 | (4) fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşisıra gelmesi yaşantısı<br>*Notlar:* | ? – + | A21 |
| A22 | (5) dikkat dağınıklığı<br>*Notlar:* | ? – + | A22 |
| A23 | (6) amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon<br>*Notlar:* | ? – + | A23 |
| A24 | (7) zevk veren etkinliklere aşırı katılma<br>*Notlar:* | ? – + | A24 |
| A25 | **B1–B7 ARASI SEMPTOMLARIN EN AZ ÜÇÜ (YA DA DUYGUDURUM İRRİTABL İSE VE KABARMIŞ DEĞİLSE DÖRDÜ) "+"** | ? – +<br>A45 s. 21 | A25 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

**SCID-CV Puanlama Cetveli** **A. DUYGUDURUM EPİZODLARI**




**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

## HİPOMANİK EPİZOD TANI ÖLÇÜTLERİ

| | | | |
|---|---|---|---|
| | epizodun başlangıcı: ____<br>kontrol ediniz: şu anda ____<br>geçmiş ____<br>geçmişte ise sonlanış ____ | | |
| A30 | A. En az 4 gün boyunca süren sürekli kabarmış, taşkın ya da irritabl duygudurum<br>*Notlar:* | ? – + <br>A45 s. 21 | A30 |
| | B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki semptomlardan üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur | | |
| A31 | (1) benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite<br>*Notlar:* | ? – + | A31 |
| A32 | (2) uyku gereksiniminde azalma<br>*Notlar:* | ? – + | A32 |
| A33 | (3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma<br>*Notlar:* | ? – + | A33 |
| A34 | (4) fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşisıra gelmesi yaşantısı<br>*Notlar:* | ? – + | A34 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

| | | | |
|---|---|---|---|
| A35 | (5) dikkat dağınıklığı<br>*Notlar:* | ? – + | A35 |
| A36 | (6) amaca yönelik etkinliklere artma ya da psikomotor ajitasyon<br>*Notlar:* | ? – + | A36 |
| A37 | (7) zevk veren etkinliklere aşırı katılma<br>*Notlar* | | A37 |
| A38 | **B1 – B7 arası SEMPTOMLARIN EN AZ ÜÇÜ (YA DA DUYGUDURUM İRRİTABL İSE VE KABARMIŞ DEĞİLSE DÖRDÜ) "+"dir** | ? – + → A45 s. 21 | A38 |
| A39 | C. Semptomatik olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin değişiklik olması<br>*Notlar:* | ? – + → A45 s. 21 | A39 |
| A40 | D. Değişikliğin başkalarınca gözlenebiliyor olması<br>*Notlar:* | ? – + → A45 s. 21 | A40 |
| A41 | E. Belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir ya da psikotik özellikler göstermez<br>DİKKAT: Görüşme sorusuna "EVET" yanıtı değerlendirmenin "–" olması anlamına gelir | ? – + → A26 s. 17 | A41 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

| | | | |
|---|---|---|---|
| A42 | F. Bir maddeye ya da bir genel tıbbi bir duruma bağlı değildir<br>(sayfa 24'ten kontrol ediniz)<br>DİKKAT: Görüşme sorusuna "EVET" yanıtı değerlendirmenin "–" olması anlamına gelir. | ? – + → A45 s. 21 | A42 |
| A43 | **A, B, C, D, E ve F ölçütleri "+"dır.**<br>**Burayı kontrol ediniz – Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa** | ? – + → **Hipomanik Epizod** | A43 |
| A44 | Hipomanik Epizodların toplam sayısı | __ → **B1** s. 26 | A44 |

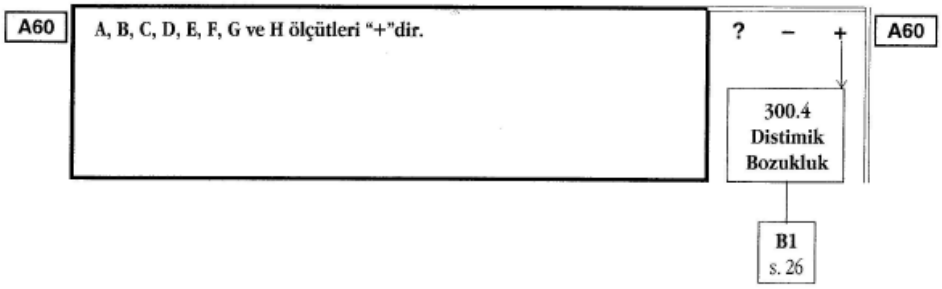
## DİSTİMİK BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ

| | | | |
|---|---|---|---|
| A45 | A. En az 2 yıl, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurumun olması<br>*Notlar:* | ? – + B1 s. 26 | A45 |
| | B. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha fazlası) bulunur: | | |
| A46 | (1) İştahsızlık ya da aşırı yemek yeme<br>*Notlar:* | ? – + | A46 |
| A47 | (2) uykusuzluk ya da aşırı uyku<br>*Notlar:* | ? – + | A47 |
| A48 | (3) düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk<br>*Notlar:* | ? – + | A48 |
| A49 | (4) düşük benlik saygısı<br>*Notlar:* | ? – + | A49 |
| A50 | (5) düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü ya da karar vermede güçlük<br>*Notlar:* | ? – + | A50 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

| | | | |
|---|---|---|---|
| A51 | (6) umutsuzluk duyguları<br>*Notlar:* | ? – + | A51 |
| A52 | **B. SEMPTOMLARINDAN EN AZ İKİSİ "+"** | ? – + → B1 s. 26 | A52 |
| A53 | C. Bir seferde, 2 aydan daha uzun süren, A ve B semptomlarının olmadığı bir dönem hiç olmamıştır | ? – + → B1 s. 26 | A53 |
| A54 | O sıradaki Distimik Bozukluğun başlama yaşı | — — | A54 |
| A55 | D. Bu bozukluğun ilk 2 yılı boyunca Majör Depresif Epizod geçirilmemiştir | ? – + → B1 s. 26 | A55 |
| A56 | E. Daha önce bir Manik, Mikst ya da Hipomanik Epizod geçirilmemiştir | ? – + → B1 s. 26 | A56 |
| A57 | F. Sadece bir kronik psikotik bozukluğun gidişi sırasında görülmez | ? – + → B1 s. 26 | A57 |
| A58 | G. Bir maddeye ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir<br>(sayfa 24'ten kontrol ediniz)<br>*DİKKAT: Görüşme sorusuna "EVET" yanıtı, değerlendirmenin "–" olması anlamına gelir*<br>*Notlar:* | ? – + → B1 s. 26 | A58 |
| A59 | H. Klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da yetmezliğe neden olma<br>*Notlar:* | ? – + → B1 s. 26 | A59 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**




Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

## GENEL TIBBİ DURUMA BAĞLI DUYGUDURUM BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

A65 s. 26

| | | | |
|---|---|---|---|
| A61 | A. Duygudurumda belirgin ve sürekli bir bozukluğun olması<br>*Notlar:* | ? – + | A61 |
| A62 | B/C. Bozukluk genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik sonucudur ve bozukluk başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz<br>*Notlar:* | ? – + A65 s. 25 | A62 |
| A63 | E. H. Klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da yetmezliğe neden olma<br>*Notlar:* | ? – + | A63 |
| A64 | **A, B/C VE E ÖLÇÜTLERİ "+"**<br>**Etyolojide genel tıbbi durumu belirleyiniz:** _____<br>_____<br>Duygudurum semptomlarının tipini belirtiniz:<br>___ Majör Depresif Benzeri Epizod<br>___ Diğer Depresif Semptomlar<br>___ Manik<br>___ Mikst<br>Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___ | – + **293.83 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu** | A64 |

**A12**, s. 14
**A27**, s. 17
**A42**, s. 20
**A58**, s. 22
**D11**, s. 37
**D18**, s. 39

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

## MADDE KULLANIMININ YOL AÇTIĞI DUYGUDURUM BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

**A65**

A. Duygudurumda belirgin ve sürekli bir bozulma
*Notlar*:

? – + **A65**

**A66**

B. İkisinden biri: (1) A tanı ölçütündeki semptomlar Madde Entoksikasyonu ya da Yoksunluğu sırasında ya da sonraki bir ay içinde ortaya çıkmıştır.
(2) İlaç kullanımı bu bozukluk ile etyolojik olarak ilişkilidir.

? – + **A66**

**A12**, s. 14
**A27**, s. 17
**A42**, s. 20
**A58**, s. 22
**D11**, s. 37
**D18**, s. 39

**A67**

C. Bu bozukluk madde kullanımının yol açmadığı bir Duygudurum Bozukluğu ile de açıklanamaz.
*Notlar*:

? – + **A67**

**A12**, s. 14
**A27**, s. 17
**A42**, s. 20
**A58**, s. 22
**D11**, s. 37
**D18**, s. 39

**A68**

E. Klinik açıdan belirgin sıkıntı ya da yetmezliğe neden olma
*Notlar*:

? – + **A68**

**A69**

**A, B, C, VE E ÖLÇÜTLERİ "+"**

**Alkol için kod 291.8, Diğer maddeler için kod 292.84**
**Maddeyi belirleyiniz:** _____

Duygudurum semptomlarının tipini belirtiniz:
__ depresif
__ manik
__ mikst

Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___

– + **A69**

**291.8/292.84 Madde Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu**

**A12**, s. 14
**A27**, s. 17
**A42**, s. 20
**A58**, s. 22
**D11**, s. 37
**D18**, s. 39

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

# B. PSİKOTİK VE EŞLİK EDEN SEMPTOMLAR

| | | | |
|---|---|---|---|
| B1 | Referans hezeyanları<br>*Tanımlayınız:* | ? – + | B1 |
| B2 | Persekütuar hezeyanlar<br>*Tanımlayınız:* | ? – + | B2 |
| B3 | Grandiöz hezeyanlar<br>*Tanımlayınız:* | ? – + | B3 |
| B4 | Somatik hezeyanlar<br>*Tanımlayınız:* | ? – + | B4 |
| B5 | Diğer hezeyanlar<br>*Tanımlayınız:* | ? – + | B5 |
| B6 | İşitsel hallüsinasyonlar<br>*Tanımlayınız:* | ? – + | B6 |
| B7 | Görsel hallüsinasyonlar<br>*Tanımlayınız:* | ? – + | B7 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşik altı); += var**

| | | | |
|---|---|---|---|
| B8 | Dokunma hallüsinasyonları<br>*Tanımlayınız:* | ? – + | B8 |
| B9 | Diğer hallüsinasyonlar<br>*Tanımlayınız:* | ? – + | B9 |
| B10 | Katatonik Davranışlar<br>*Tanımlayınız:* | ? – + | B10 |
| B11 | İleri derecede dezorganize davranışlar<br>*Tanımlayınız:* | ? – + | B11 |
| B12 | İleri derecede uygunsuz duygulanım<br>*Tanımlayınız:* | ? – + | B12 |
| B13 | Dezorganize konuşmalar<br>*Tanımlayınız:* | ? – + | B13 |
| B14 | Negatif semptomlar<br>*Tanımlayınız:* | ? – + | B14 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

B15

## PSİKOTİK SEMPTOMLARIN KRONOLOJİSİ

B15

Hezeyan ya da hallüsinasyonlar varsa, tipini, gidişini, başlangıcını, sonlanışını ve geçen ay içinde olup olmadığını not ediniz (örn. başkaları tarafından kontrol altına alındığı şeklinde bizar hezeyanlar, aralıklı olarak görülüyor, 1969'da başlama, 1993 Haziran'da sonlanış).

| Semptomların tipi | Gidiş | Başlayış | Sonlanış | Geçen ay olup olmadığına bakınız |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

# PSİKOTİK BOZUKLUKLARIN AYIRICI TANISI

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | D1 s. 36 | |
| C1 | Psikotik semptomlar, duygudurum semptomlarından farklı zamanda meydana gelir | hayır → D1 s. 36 / evet | C1 |

## ŞİZOFRENİ ÖLÇÜTLERİ

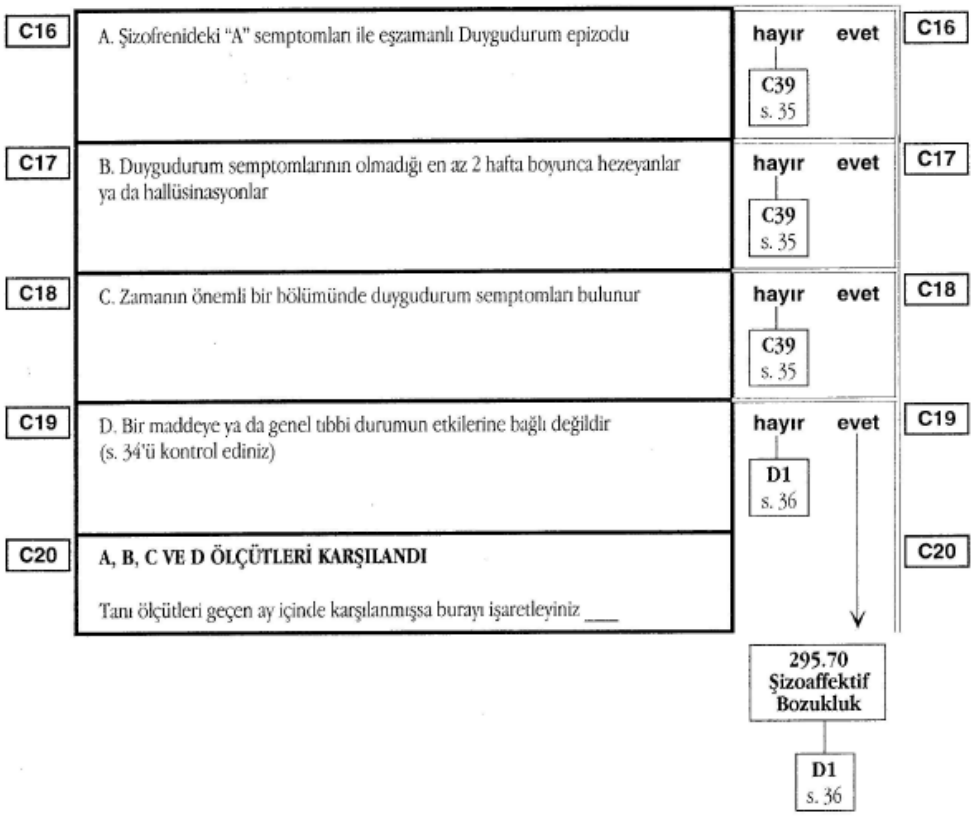
| | | | |
|---|---|---|---|
| C2 | A. Bir aylık süre boyunca aktif dönem semptomlarının olması | hayır → C21 s. 32 / evet | C2 |
| C3 | D. Şizoaffektif Bozukluk ve Psikotik Özellikli Duygudurum Bozuklukları dışlanmıştır | hayır → C16 s. 31 / evet | C3 |
| C4 | C. Süre 6 ay | hayır → C13 s. 30 / evet | C4 |
| C5 | B. İşlevsellik belirgin şekilde bozulma | hayır → C39 s. 35 / evet | C5 |
| C6 | E. Bir maddeye ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olmama (s. 34'ten kontrol ediniz) | hayır → D1 s. 36 / evet | C6 |
| C7 | **A, B, C, D ve E ölçütleri karşılandı.** Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___ | evet → Şizofreni | C7 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| C8 | 295.30 Şizofreni, Paranoid tip | hayır evet → D1 s. 36 | C8 |
| C9 | 295.20 Şizofreni, Katatonik Tip | hayır evet → D1 s. 36 | C9 |
| C10 | 295.10 Şizofreni, Dezorganize Tip | hayır evet → D1 s. 36 | C10 |
| C11 | 295.90 Şizofreni, Ayrışmamış Tip | hayır evet → D1 s. 36 | C11 |
| C12 | 295.60 Şizofreni, Rezidüel Tip | hayır evet → D1 s. 36 | C12 |

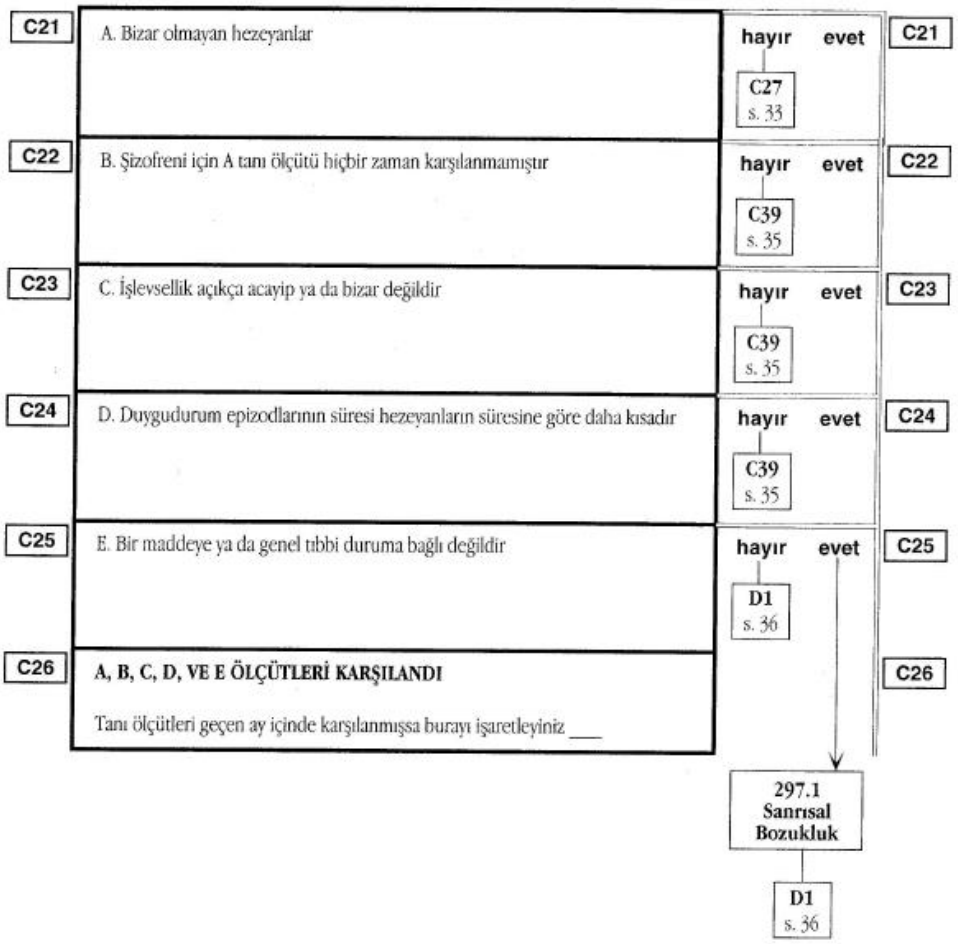
## ŞİZOFRENİFORM BOZUKLUK ÖLÇÜTLERİ

| | | | |
|---|---|---|---|
| C13 | B. Bozukluk en az bir ay ancak 6 aydan daha kısa bir süre sürer | hayır → C27 s. 33 evet | C13 |
| C14 | A. Bir maddeye ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir (s. 34'ten kontrol ediniz) | hayır → D1 s. 36 evet | C14 |
| C15 | **B ve C ÖLÇÜTLERİ KARŞILANDI**<br>Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___ | evet → **295.40 Şizofreniform Bozukluk** → D1 s. 36 | C15 |

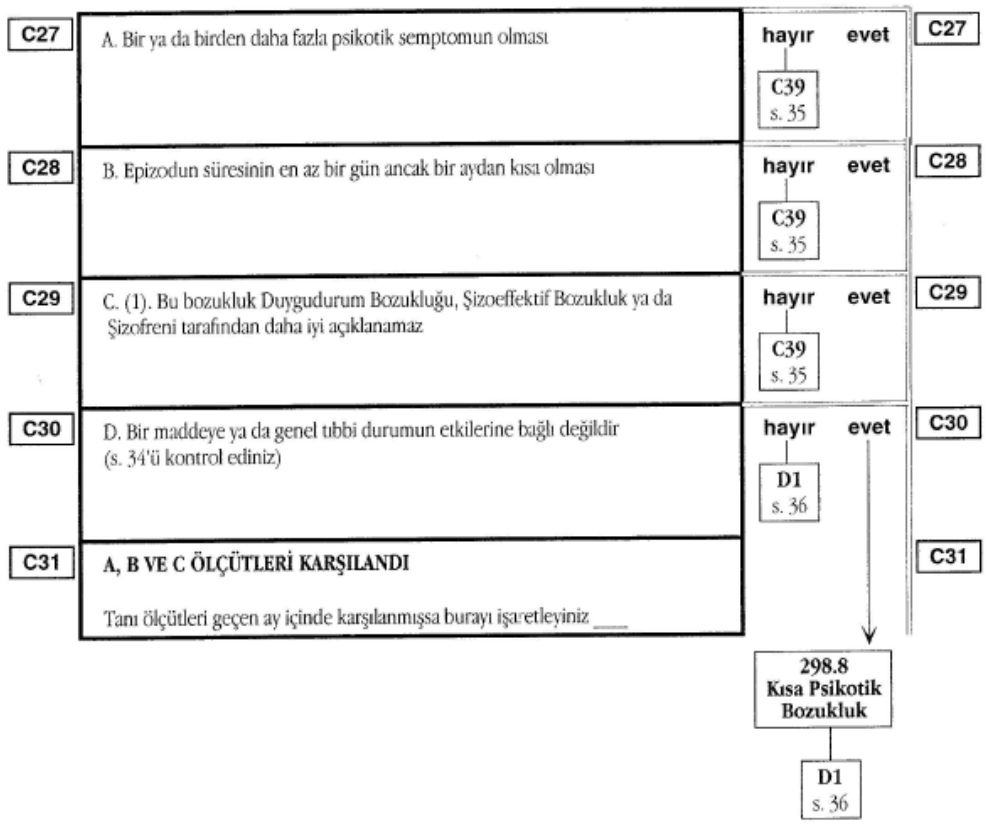
## ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ



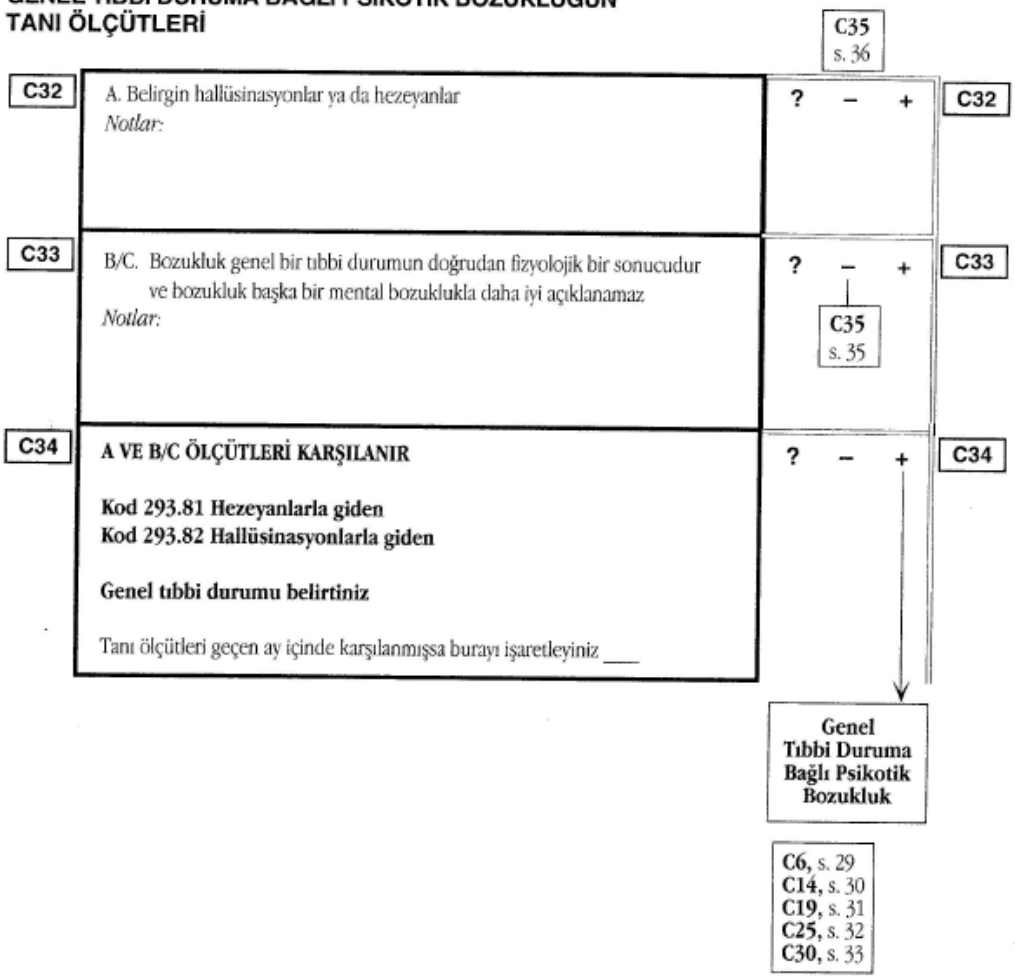
## SANRISAL BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ



## KISA PSİKOTİK BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ



## GENEL TIBBİ DURUMA BAĞLI PSİKOTİK BOZUKLUĞUN TANI ÖLÇÜTLERİ



## MADDE KULLANIMININ YOL AÇTIĞI PSİKOTİK BOZUKLUK

**C35** A. Belirgin hallüsinasyonlar ya da hezeyanlar
*Notlar:*

? – + **C35**

**C36** B. İkisinden biri: (1) A Tanı ölçütündeki semptomlar Madde Entoksikasyonu ya da Yoksunluğu sırasında ya da sonraki bir ay içinde ortaya çıkmıştır ya da (2) ilaç kullanımı bu bozuklukla etyolojik olarak ilişkilidir
*Notlar:*

? – + **C36**

**C6**, s. 29
**C14**, s. 30
**C19**, s. 31
**C25**, s. 32
**C30**, s. 33

**C37** C. Bu bozukluk madde kullanımının yol açmadığı bir Psikotik Bozuklukla daha iyi açıklanamaz
*Notlar:*

? – + **C37**

**C6**, s. 29
**C14**, s. 30
**C19**, s. 31
**C25**, s. 32
**C30**, s. 33

**C38** **A, B VE C ÖLÇÜTLERİ KARŞILANDI**

Kod:

**291.5** **Alkol Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden**

**291.3** **Alkol Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden**

**292.11** **Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden**

**292.12** **Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden**

Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___

– + **C38**

**291.5/291.3/292.11/292.12 Madde Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk**

**C6**, s. 29
**C14**, s. 30
**C19**, s. 31
**C25**, s. 32
**C30**, s. 33

**C39** **298.9 Başka Türlü Adlandırılamayan Psikotik Bozukluk**

Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___

hayır evet **C39**

**D1** s. 36

# D. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

## BİPOLAR I BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

E1 s. 40

| | | | |
|---|---|---|---|
| D1 | Bir ya da birden çok Manik ya da Mikst Epizod öyküsü (**A28**, s. 17'ye bakınız) | hayır → D5 s. 37 / evet | D1 |
| D2 | Genel Tıbbi Duruma Bağlı ya da madde kullanımına bağlı olmayan en az bir Manik ya da Mikst Epizod | hayır → D5 s. 37 / evet | D2 |
| D3 | Şizoaffektif Bozuklukla daha iyi açıklanamayan en az bir Manik ya da Mikst Epizod vardır ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Sanrısal Bozukluk ya da Başka Türlü Adlandırılamayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir | hayır → D5 s. 37 / evet | D3 |
| D4 | BİPOLAR I BOZUKLUĞU: İlk olarak şu andaki epizoddan temel alan tanı kodlarının dört rakamını seçiniz (beşinci rakam şiddeti gösterir)<br><br>Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___<br><br>Birinci rakamı kontrol ediniz:<br>__ **296.40 En Son Epizod Hipomanik**<br><br>__ **296.0x Tek Manik Epizod**<br>__ **296.4x En Son Epizod Manik**<br>__ **296.6x En Son Epizod Mikst**<br>__ **296.5x En Son Epizod Depresif**<br><br>Beşinci rakamı kontrol ediniz:<br>__ 1 —Hafif<br>__ 2 —Orta<br>__ 3 —Ağır, Psikotik Özellikleri Olmayan<br>__ 4 —Ağır, Psikotik Özellikleri Olan<br>__ 5 —Kısmi Remisyon<br>__ 6 —Tam Remisyon<br>__ 0 —Belirlenmemiş<br><br>__ **296.7 En Son Epizod Belirlenmemiş** | E1 s. 40 | D4 |

## BİPOLAR II BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

| | | | |
|---|---|---|---|
| D5 | Genel Tıbbi Duruma ya da Madde Kullanımına bağlı olmayan en az bir Hipomanik Epizod (**A43**, s. 20'ye bakınız) | hayır → D10 aşağıda / evet | D5 |
| D6 | Genel Tıbbi Duruma Bağlı ya da Madde Kullanımına bağlı olmayan en az bir Majör Depresif Epizod (**A14**, s. 15'e bakınız) | hayır → D10 aşağıda / evet | D6 |
| D7 | Manik ya da Mikst Epizodun hiç olmaması | hayır → D10 aşağıda / evet | D7 |
| D8 | Şizoaffektif Bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Sanrısal Bozukluk ya da Başka Türlü Adlandırılamayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir. | hayır → D10 aşağıda / evet | D8 |
| D9 | O sıradaki (ya da en son) epizodu belirtiniz:<br>__ **296.89 Bipolar II Bozukluğu, Hipomanik**<br>__ **296.89 Bipolar II Bozukluğu, Depresif**<br>Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___ | E1 s. 40 | D9 |

## DİĞER BİPOLAR BOZUKLUKLAR

| | | | |
|---|---|---|---|
| D10 | Klinik açıdan belirgin manik ya da hipomanik semptomlar | hayır → D13 s. 38 / evet | D10 |
| D11 | Genel tıbbi bir duruma ya da bir maddeye bağlı değildir (s. 24'ü kontrol ediniz) | hayır → D13 s. 38 / evet | D11 |
| D12 | Tipini belirtiniz:<br>__ **301.13 Siklotimik Bozukluk**<br>__ **296.80 Başka Türlü Adlandırılamayan Bipolar Bozukluk**<br>Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___ | E1 s. 40 | D12 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

## MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ

| | | | |
|---|---|---|---|
| D13 | Genel Tıbbi Bir Duruma ya da Madde Kullanımına bağlı olmayan en az bir Majör Depresif Epizod (**A14**, s. 15'e bakınız) | hayır → D17 s. 39 / evet | D13 |
| D14 | Şizoaffektif Bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Sanrısal Bozukluk ya da Başka Türlü Adlandırılamayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir. | hayır → D17 s. 39 / evet | D14 |
| D15 | Manik, Mikst ya da Hipomanik Epizodun hiç olmaması | hayır → D17 s. 39 / evet | D15 |
| D16 | **MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK** İlk olarak epizodların sayısını temel alan dört rakam seçiniz (beşinci rakam şiddeti gösterir)<br><br>Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___<br><br>Birini seçiniz:<br>__ **296.2x Majör Depresif Bozukluk, Tek Epizod**<br>__ **296.3x Majör Depresif Bozukluk, Rekürran**<br><br>Beşinci rakamı belirtiniz:<br>__ 1 —Hafif<br>__ 2 —Orta<br>__ 3 —Ağır, Psikotik Özellikleri olmayan<br>__ 4 —Ağır, Psikotik Özellikleri olan<br>__ 5 —Kısmi Remisyonda<br>__ 6 —Tam Remisyonda<br>__ 0 —Belirlenmemiş | E1 s. 40 | D16 |

## BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN DEPRESİF BOZUKLUK

| | | | |
|---|---|---|---|
| D17 | Klinik açıdan belirgin depresif semptomlar | hayır evet → E1 s. 40 | D17 |
| D18 | Bir maddeye ya da bir genel tıbbi duruma bağlı değildir (s. 24'ü kontrol ediniz) | hayır evet → E1 s. 40 | D18 |
| D19 | **311 Başka Türlü Adlandırılamayan Depresif Bozukluk**<br>Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___ | E1 s. 40 | D19 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

# E. ALKOL VE DİĞER MADDELERİN KULLANIM BOZUKLUKLARI

E7 s. 41

| | | | |
|---|---|---|---|
| E1 | Bir aşırı içki içme dönemi YA DA alkol ile ilişkili sorun olduğuna yönelik bir kanıtın olması | ? – + E17 s. 43 | E1 |

## ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI TANI ÖLÇÜTLERİ

| | | | |
|---|---|---|---|
| | A. 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden biri (ya da birden fazlası) ile kendini gösterdiği üzere klinik açıdan belirgin bozulma ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü: | | |
| E2 | (1) işte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama<br>*Notlar:* | ? – + | E2 |
| E3 | (2) fiziksel olarak tehlikeli durumlarda kullanma<br>*Notlar:* | ? – + | E3 |
| E4 | (3) alkolle ilişkili, yineleyici bir biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar<br>*Notlar:* | ? – + | E4 |
| E5 | (4) alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği sorunlara karşı alkol kullanımını sürdürme<br>*Notlar:* | ? – + | E5 |
| E6 | **KÖTÜYE KULLANIM MADDELERİNİN EN AZ BİRİ "+"** | ? – + E17 s. 43 | E6 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

# E. ALKOL VE DİĞER MADDELERİN KULLANIM BOZUKLUKLARI

E7 s. 41

| | | | |
|---|---|---|---|
| E1 | Bir aşırı içki içme dönemi YA DA alkol ile ilişkili sorun olduğuna yönelik bir kanıtın olması | ? – + E17 s. 43 | E1 |

## ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI TANI ÖLÇÜTLERİ

A. 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden biri (ya da birden fazlası) ile kendini gösterdiği üzere klinik açıdan belirgin bozulma ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:

| | | | |
|---|---|---|---|
| E2 | (1) işte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama<br>*Notlar:* | ? – + | E2 |
| E3 | (2) fiziksel olarak tehlikeli durumlarda kullanma<br>*Notlar:* | ? – + | E3 |
| E4 | (3) alkolle ilişkili, yineleyici bir biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar<br>*Notlar:* | ? – + | E4 |
| E5 | (4) alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği sorunlara karşı alkol kullanımını sürdürme<br>*Notlar:* | ? – + | E5 |
| E6 | **KÖTÜYE KULLANIM MADDELERİNİN EN AZ BİRİ "+"** | ? – + E17 s. 43 | E6 |

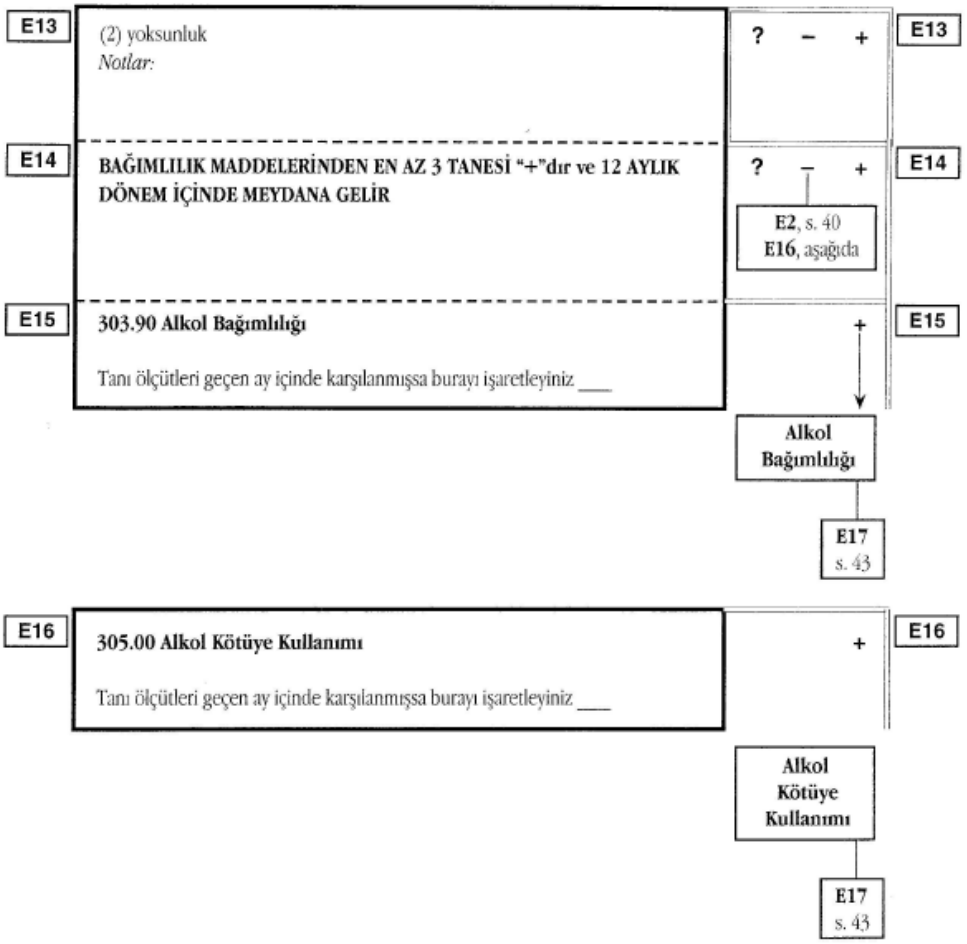
**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

## ALKOL BAĞIMLILIĞI TANI ÖLÇÜTLERİ

12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:

| | | | |
|---|---|---|---|
| E7 | (3) çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alma<br>*Notlar:* | ? – + | E7 |
| E8 | (4) alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır<br>*Notlar:* | ? – + | E8 |
| E9 | (5) alkolü elde etmek, alkolü kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama<br>*Notlar:* | ? – + | E9 |
| E10 | (6) kullanım yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır<br>*Notlar:* | ? – + | E10 |
| E11 | (7) sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın kullanımı sürdürülür<br>*Notlar:* | ? – + | E11 |
| E12 | (6) tolerans<br>*Notlar:* | ? – + | E12 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**




**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

## ALKOL DIŞI MADDELERİN KULLANIM BOZUKLUKLAR

| E17 HERHANGİ BİR ZAMAN KULLANILAN HER İLACIN ADINI DAİRE İÇİNE ALINIZ (YA DA VARSA "DİĞERLERİNİN" ADINI YAZINIZ) | EN AĞIR KULLANIM DÖNEMİNİ KAYDEDİNİZ (YAŞ YA DA TARİH, NE SÜREYLE) VE KULLANIM ÖRÜNTÜLERİNİ TANIMLAYINIZ E17 |
|---|---|
| *Sedatifler-Hipnotikler-Anksiyolitikler*: _____ | |
| *Kannabis*: Marihuana, haşhaş, THC ve diğerleri: _____ | |
| *Uyarıcılar*: Amfetamin ve diğerleri: _____ | |
| *Opiyatlar*: Eroin, morfin, opium, Metadon, Darvon, kodein, Percodan, Demerol, Dilaudid, ve diğerleri: _____ | |
| *Kokain*: Burundan, IV, freebase, crack, "speedball" ve diğerleri: _____ | |
| *Hallüsinojenler/Fensiklidin PCP*: LSD, meskalin, peyot, STP, mantar PCP ("melek tozu"), ketamin, ekstazi, MDMA ve diğerleri _____ | |
| *Diğerleri*: Steroidler, tutkallı, inhalanlar, nitröz oksit ("güldürücü gaz"), amil ya da bütil nitrat ("patlangaçlar"), reçetesiz uyku ya da diyet ilaçları, bilinmeyenler ve diğerleri: _____ | |

EN ÇOK KULLANILAN İLAÇ GRUPLARI/
EN SIK SORUNLAR:

**E23** s. 45

"HİÇBİRİ" ise **F1**, s. 47

## ALKOL DIŞI MADDELERİ KÖTÜYE KULLANMA ÖLÇÜTLERİ

12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden biri (ya da birden fazlası) ile kendini gösterdiği üzere, klinik açıdan belirgin bozulma ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:

**E18** (1) işte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama — ? – + — **E18**
*Notlar:*

**E19** (2) fiziksel olarak tehlikeli durumlarda kullanma — ? – + — **E19**
*Notlar:*

**E20** (3) alkolle ilişkili, yineleyici bir biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar — ? – + — **E20**
*Notlar:*

**E21** (4) maddelerin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği sorunlara karşın madde kullanımını sürdürme — ? – + — **E21**
*Notlar:*

**E22** **KÖTÜYE KULLANIM MADDELERİNİN EN AZ BİRİ "+"** — ? – + — **E22**

– → E17 s. 43, F1 s. 47

\+ → E32 s. 46

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

## ALKOL DIŞI MADDELERE BAĞIMLILIK TANI ÖLÇÜTLERİ

12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:

| | | | |
|---|---|---|---|
| E23 | (3) çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alma<br>*Notlar:* | ? – + | E23 |
| E24 | (4) alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır<br>*Notlar:* | ? – + | E24 |
| E25 | (5) alkolü elde etmek, alkolü kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama<br>*Notlar:* | ? – + | E25 |
| E26 | (6) kullanım yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır<br>*Notlar:* | ? – + | E26 |
| E27 | (7) sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın kullanımı sürdürülür.<br>*Notlar:* | ? – + | E27 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

**E28** (1) tolerans — ? – + **E28**
*Notlar:*

**E29** (2) yoksunluk — ? – + **E29**
*Notlar:*

**E30** **BAĞIMLILIK MADDELERİNDEN EN AZ 3 TANESİ "+"dir ve 12 AYLIK DÖNEM İÇİNDE MEYDANA GELİR** — ? – + **E30**
→ **E18**, s. 40 **E32**, aşağıda

**E31**
Belirtiniz:
___ **304.90 Amfetamin Bağımlılığı**
___ **304.30 Kannabis Bağımlılığı**
___ **304.20 Kokain Bağımlılığı**
___ **304.50 Hallüsinojen Bağımlılığı**
___ **304.60 İnhalan Bağımlılığı**
___ **304.00 Opiyat Bağımlılığı**
___ **304.60 Fensiklidin Bağımlılığı**
___ **304.10 Sedatif, Hipnotik ya da Anksiyolitik Bağımlılığı**
___ **304.90 Diğer (ya da Bilinmeyen) Madde Bağımlılığı**

Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___

\+ → **Madde Bağımlılığı** → **F1** s. 47 — **E31**

**E32**
Belirtiniz:
___ **305.70 Amfetamin Kötüye Kullanımı**
___ **305.20 Kannabis Kötüye Kullanımı**
___ **305.60 Kokain Kötüye Kullanımı**
___ **305.30 Hallüsinojen Kötüye Kullanımı**
___ **305.90 İnhalan Kötüye Kullanımı**
___ **305.50 Opiyat Kötüye Kullanımı**
___ **305.90 Fensiklidin Kötüye Kullanımı**
___ **305.40 Sedatif, Hipnotik ya da Anksiyolitik Kötüye Kullanımı**
___ **305.90 Diğer (ya da Bilinmeyen) Madde Kötüye Kullanımı**

Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___

\+ → **Madde Kötüye Kullanımı** → **F1** s. 47 — **E32**

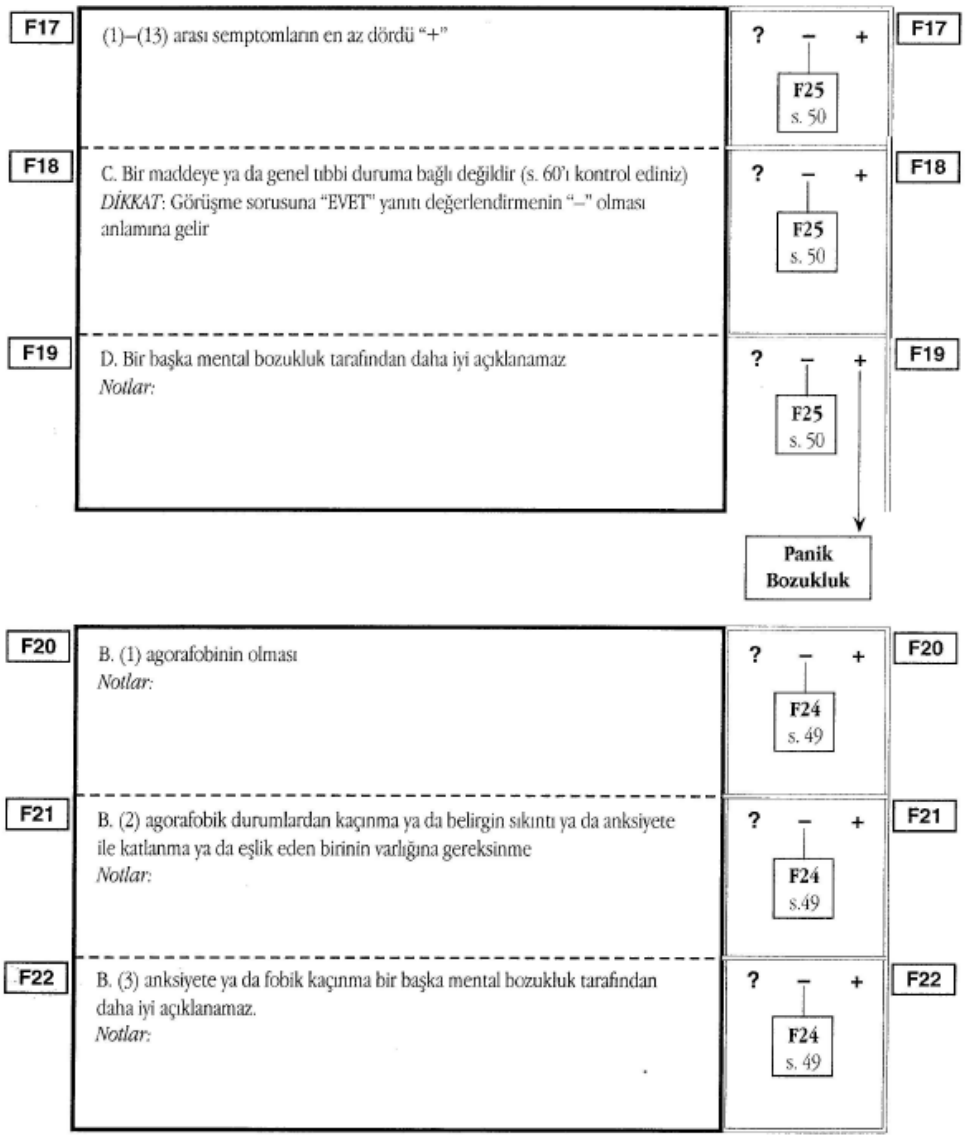
**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

# F. ANKSİYETE VE DİĞER BOZUKLUKLAR

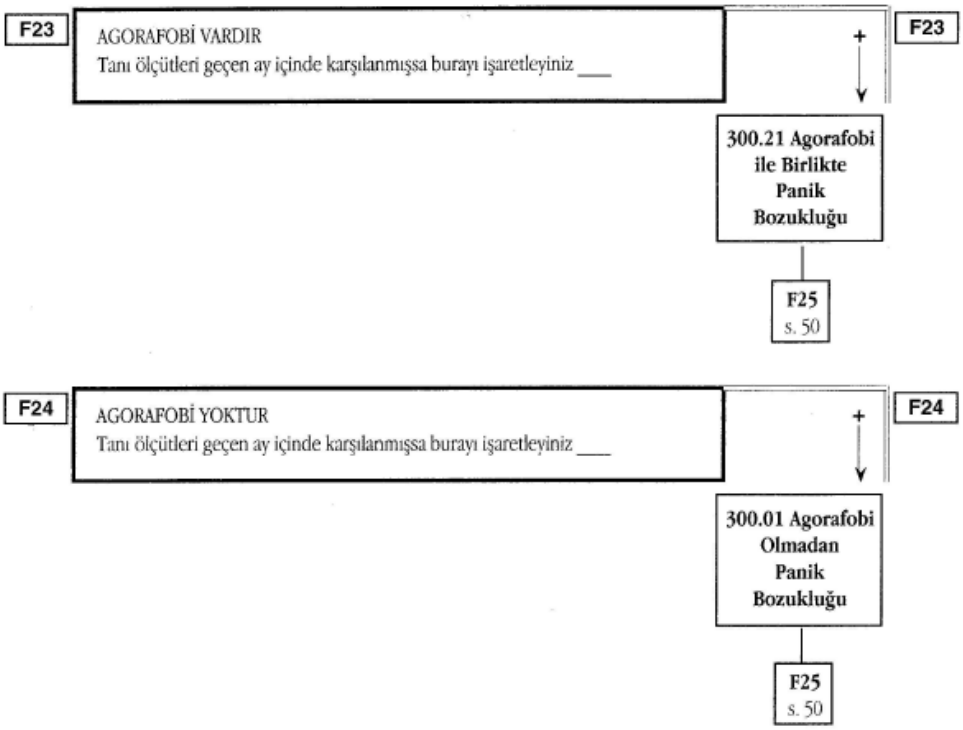
## PANİK BOZUKLUĞU ÖLÇÜTLERİ

| | | | |
|---|---|---|---|
| F1 | A. (1) tekrarlayıcı beklenmedik panik atakları<br>*Notlar:* | ? – + <br> F25 s. 50 | F1 |
| F2 | A. (2) aşağıdakilerden en az birinin olması; (a) panik atağının sonuçları ile ilgili endişe; (b) bir başka nöbet geçirmekle ilgili kaygı; (c) davranışlarda belirgin değişiklik<br>*Notlar:* | ? – + <br> F25 s. 50 | F2 |
| F3 | Aşağıdaki panik atağı semptomlarından dördünün (ya da daha fazlasının) birden başlaması ve 10 dakika içinde en yüksek düzeye ulaşması<br>*Notlar:* | ? – + <br> F25 s. 50 | F3 |
| F4 | (1) çarpıntı | ? – + | F4 |
| F5 | (2) terleme | ? – + | F5 |
| F6 | (3) titreme ya da sarsılma | ? – + | F6 |
| F7 | (4) nefes darlığı | ? – + | F7 |
| F8 | (5) boğulma hissi | ? – + | F8 |
| F9 | (6) göğüs ağrısı | ? – + | F9 |
| F10 | (7) mide bulantısı ve abdominal rahatsızlık hissi | ? – + | F10 |
| F11 | (8) baş dönmesi | ? – + | F11 |
| F12 | (9) derealizasyon ya da depersonalizasyon | ? – + | F12 |
| F13 | (10) kontrolünü kaybetme ya da çıldırma korkusu | ? – + | F13 |
| F14 | (11) ölüm korkusu | ? – + | F14 |
| F15 | (12) uyuşma | ? – + | F15 |
| F16 | (13) ateş basması ya da ürperme | ? – + | F16 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

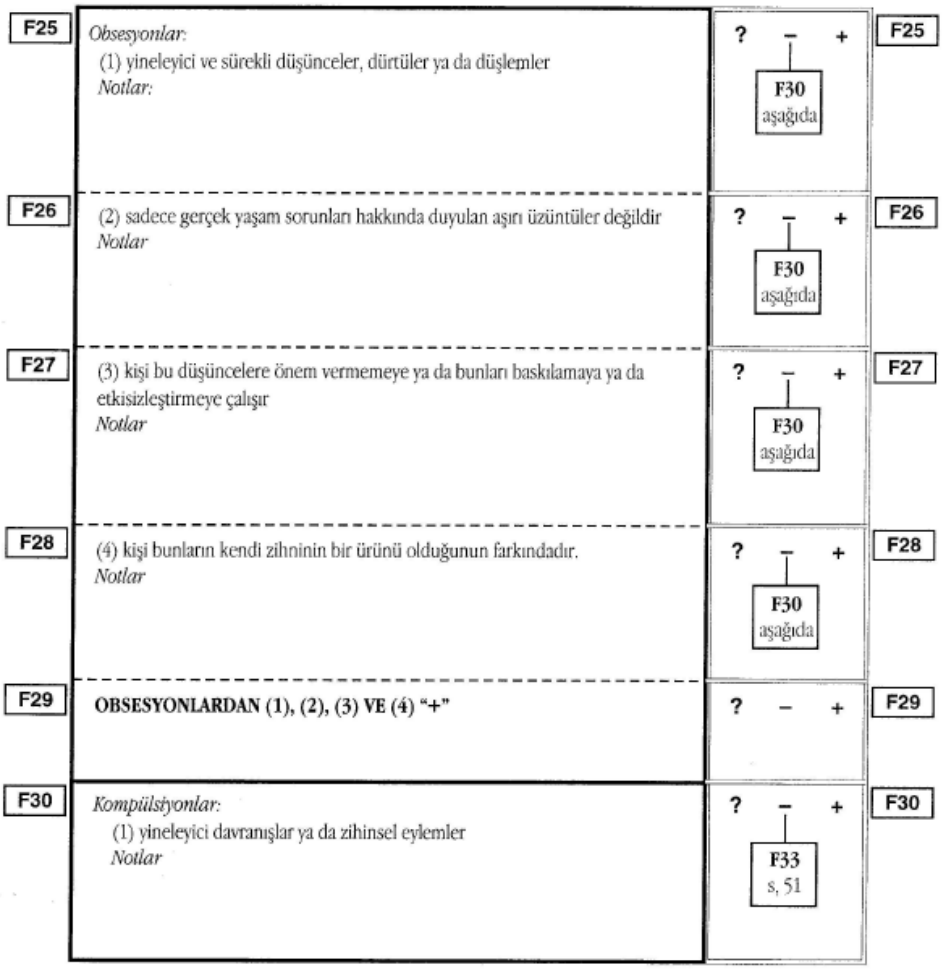



**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**




**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

## OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ




**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

| | | | |
|---|---|---|---|
| F31 | (2) davranışlar ya da zihinsel eylemler sıkıntıyı önlemeye ya da azaltmaya yöneliktir<br>*Notlar:* | ? – + F33 aşağıda | F31 |
| F32 | **KOMPÜLSİYONLARDAN (1) VE (2) "+"** | ? – + | F32 |
| F33 | **HEM F29 "+", HEM DE F32 "+"** (yani hem obsesyonlar, hem de kompülsiyonlar bulunur) | ? – + F39 s. 52 | F33 |
| F34 | B. Kişi obsesyonların ya da kompülsiyonların aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder<br>*Notlar:* | ? – + F39 s. 52 | F34 |
| F35 | C. Obsesyonlar ya da kompülsiyonlar klinik olarak belirin sıkıntıya neden olur<br>*Notlar* | ? – + F39 s. 52 | F35 |
| F36 | D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompülsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir<br>*Notlar:* | ? – + F39 s. 52 | F36 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

F37

E. Bir maddeye ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir
(s. 60'ı kontrol ediniz)
*DİKKAT:* Görüşme sorusuna "EVET" yanıtı değerlendirmenin "–" olması anlamına gelir
*Notlar:*

Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___

? – + F37

F39 aşağıda

F38 **OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK A, B, C, D ve E ÖLÇÜTLERİ "+"dir**
Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___

F38

**300.3 Obsesif-Kompulsif Bozukluk**

## POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

F39

**TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI LİSTESİ**

| Kısa tanımlama | Tarih (ay/yıl) | Yaş |
|---|---|---|
| _____ | __/__ | ___ |
| _____ | __/__ | ___ |
| _____ | __/__ | ___ |
| _____ | __/__ | ___ |
| _____ | __/__ | ___ |
| _____ | __/__ | ___ |
| _____ | __/__ | ___ |

F39

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

**F40** (1) kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir
*Notlar:*

? – + **F40**

F65 s. 56

**F41** (2) tepkiler arasında yoğun korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır
*Notlar:*

? – + **F41**

F65 s. 56

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:

**F42** (1) olayın sıkıntı veren anıları
*Notlar:*

? – + **F42**

**F43** (2) olayı rüyalarda görme
*Notlar:*

? – + **F43**

**F44** (3) travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme
*Notlar:*

? – + **F44**

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

| | | | |
|---|---|---|---|
| F45 | (4) iç ya da dış olaylarla karşılaşınca yoğun psikolojik sıkıntı duyma<br>*Notlar:* | ? – + | F45 |
| F46 | (5) iç ya da dış olaylarla karşılaşınca fizyolojik tepki gösterme<br>*Notlar:* | ? – + | F46 |
| F47 | **"B" SEMPTOMLARINDAN EN AZ BİRİ "+"** | ? – + → F65 s. 56 | F47 |
| | C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan) | | |
| F48 | (1) düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları<br>*Notlar:* | ? – + | F48 |
| F49 | (2) travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları<br>*Notlar:* | ? – + | F49 |
| F50 | (3) travmanın önemli bir yönünü anımsayamama<br>*Notlar:* | ? – + | F50 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

| | | | |
|---|---|---|---|
| F51 | (4) önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması<br>*Notlar:* | ? – + | F51 |
| F52 | (5) insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları<br>*Notlar:* | ? – + | F52 |
| F53 | (6) duygulanımda kısıtlılık (örn. sevme duygusunu yaşayamama)<br>*Notlar:* | ? – + | F53 |
| F54 | (7) bir geleceği kalmadığı duygusunu yaşama<br>*Notlar:* | ? – + | F54 |
| F55 | **"C" SEMPTOMLARINDAN EN AZ ÜÇÜ "+"** | ? – + → F65 s. 56 | F55 |
| | D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması: | | |
| F56 | uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük | ? – + | F56 |
| F57 | irritabilite ya da öfke patlamaları | ? – + | F57 |
| F58 | düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme | ? – + | F58 |
| F59 | hipervijilans | ? – + | F59 |
| F60 | aşırı irkilme tepkisi gösterme | ? – + | F60 |
| F61 | **D. SEMPTOMLARINDAN EN AZ İKİSİ "+"** | ? – + → F65 s. 56 | F61 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da esikaltı); += var**

| | | | |
|---|---|---|---|
| F62 | Bozukluğun süresi 1 aydan uzundur | ? – + F65 aşağıda | F62 |
| F63 | F. Klinik açıdan belirgin sıkıntı ya da bozulma olması | ? – + F65 aşağıda | F63 |
| F64 | **POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU A, B, C, D. E VE F ÖLÇÜTLERİ "+"** Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___ | + | F64 |

**300.81 Post-travmatik Stres Bozukluğu**

## DİĞER ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

| | | | |
|---|---|---|---|
| F65 | **300.22 Panik Bozukluğu Öyküsü olmadan Agorofobi** Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___ | ? – + | F65 |
| F66 | **300.23 Sosyal Fobi** Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___ | ? – + | F66 |
| F67 | **300.29 Özgül Fobi** Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___ | ? – + | F67 |
| F68 | **300.02 Yaygın Anksiyete Bozukluğu** Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___ | ? – + | F68 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

## BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

| | | | |
|---|---|---|---|
| F69 | Klinik açıdan belirgin anksiyete ya da fobik kaçınma olması<br>*Notlar:* | ? – + → F72 s. 58 | F69 |
| F70 | Bir maddeye ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir (s. 60'ı kontrol ediniz)<br>*DİKKAT:* Görüşme sorusuna "EVET" yanıtı değerlendirmenin "–" olması anlamına gelir<br>*Notlar:* | ? – + → F72 s. 58 | F70 |
| F71 | Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___ | **300.0 Başka Türlü Adlandırılamayan Anksiyete Bozukluğu** | F71 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

## SOMATOFORM BOZUKLUKLARI

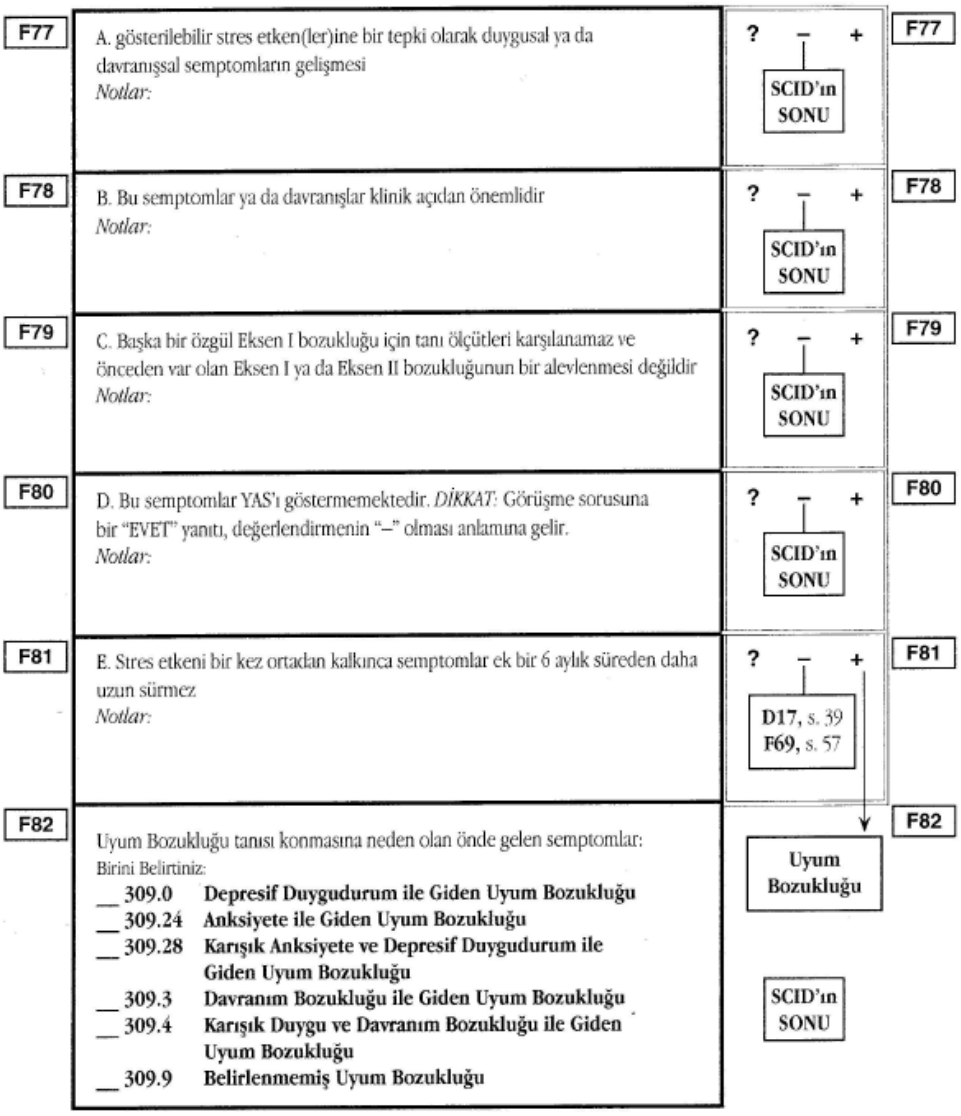
| | | | |
|---|---|---|---|
| F72 | **300.81 Somatizasyon Bozukluğu**<br>**300.82 Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk**<br>Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___ | ? – + | F72 |
| F73 | **300.7 Hipokondriazis**<br>*Notlar:*<br>Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___ | ? – + | F73 |
| F74 | **300.7 Vücut Dismorfik Bozukluğu**<br>*Notlar:*<br>Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___ | ? – + | F74 |

## YEME BOZUKLUKLARI

| | | | |
|---|---|---|---|
| F75 | **307.1 Anoreksiya Nervoza**<br>*Notlar:*<br>Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___ | ? – + | F75 |
| F76 | **307.51 Bulimia Nervoza**<br>*Notlar:*<br>Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___ | ? – + | F76 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

## UYUM BOZUKLUKLARI TANI ÖLÇÜTLERİ




**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

## GENEL TIBBİ DURUMA BAĞLI ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

F87 s. 61

| | | | |
|---|---|---|---|
| F83 | A. Belirgin anksiyete, panik atakları, obsesyonlar ya da kompülsiyonlar<br>*Notlar:* | ? – + | F83 |
| f84 | B/C. Bozukluk bir genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik sonucudur ve bozukluk bir başka mental bozukluk tarafından daha iyi açıklanamaz anlamına gelir.<br>*Notlar:* | ? – + F87 s. 61 | F84 |
| F85 | E. Semptomlar klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da bozulmaya neden olur<br>*Notlar:* | ? – + | F85 |
| F86 | **A, B/C VE E ÖLÇÜTLER "+"**<br>**Etyolojiye neden olan genel tıbbi durumu belirtiniz**<br><br>Anksiyete semptomlarının tipini belirleyiniz<br>___ Yaygın Anksiyete Gösteren<br>___ Panik Atakları Gösteren<br>___ Obsesif-Kompulsif Semptomlar Gösteren<br><br>Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___ | ? – +<br>**293.84 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu** | F86 |

**F18,** s. 48
**F37,** s. 52
**F70,** s. 57

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

## MADDE KULLANIMININ YOL AÇTIĞI ANKSİYETE BOZUKLUĞU

| | | | |
|---|---|---|---|
| F87 | A. Belirgin Anksiyete, panik atakları, obsesyonlar ya da kompülsiyonlar<br>*Notlar:* | ? – + | F87 |
| F88 | B. İkisinden biri: (1) A Tanı ölçütündeki semptomlar. Madde Entoksikasyonu ya da Yoksunluğu sırasında ya da sonraki bir ay içinde ortaya çıkmıştır ya da (2) ilaç kullanımı bu bozuklukla etyolojik açıdan ilişkilidir.<br>*Notlar:* | ? – +<br>**F18,** s. 48<br>**F37,** s. 52<br>**F70,** s. 57 | F88 |
| F89 | C. Bu bozukluk madde kullanımının yol açmadığı bir Anksiyete Bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz<br>*Notlar:* | ? – +<br>**F18,** s. 48<br>**F37,** s. 52<br>**F70,** s. 57 | F89 |
| F90 | E. Semptomlar klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da bozulmaya neden olur<br>*Notlar:* | ? – +<br>**F18,** s. 48<br>**F37,** s. 52<br>**F70,** s. 57 | F90 |

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

F91

**A, B, C ve E ÖLÇÜTLERİ "+"**
**Alkol için kod 291.8, diğer tüm maddeler için 292.89**
**Maddeyi belirtiniz:** _____

Anksiyete Semptomlarının tipini belirleyiniz:
___ Yaygın Anksiyete Gösteren
___ Panik Atakları Gösteren
___ Obsesif-Kompulsif Semptomlar Gösteren
___ Fobik Semptomlar Gösteren

Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___

? – +

**291.8/292.89 Madde Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu**

F91

**F18**, s. 48
**F37**, s. 52
**F70**, s. 57

**Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var**

## İLAÇ LİSTESİ

**Sedatifler-hipnotikler-anksiyolitikler (yatıştırıcılar):**

**Kannabis:**
marihuana, haşhaş, THC ve diğerleri

**Uyarıcılar:**
amfetamin ve diğerleri

**Opiyatlar:**
eroin, morfin, opium, metadon, darvon, kodein, percodan, demerol, Dilaudid ve diğerleri

**Kokain:**
burundan, IV, freebase, crack, "speedball" ve diğerleri

**Hallüsinojenler/fensiklidin PCP:**
LSD, meskalin, peyot, STP, mantar PCP ("melek tozu"), ketamin, ekstazi, MDMA ve diğerleri

**Diğerleri:**
steroidler, "tutkallı inhalanlar, nitröz, oksit ("güldürücü gaz"), amil ya da bütil nitrat, ("patlangaçlar"), reçetesiz uyku ya da diyet ilaçları ve diğerleri

**Ek.3.** Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI)

## Mizaç ve Karakter Envanteri

(Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

### ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca "D" ya da "Y" seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir. Bir örnek:

| ÖRNEK | DOĞRU | YANLIŞ |
|---|---|---|
| Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum. | D | Y |

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız, ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için "D"yi yuvarlak içine alınız.)

**********

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Lütfen bütünüyle yanıttan emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız.

Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

| | | DOĞRU | YANLIŞ |
|---|---|---|---|
| 1. | Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim. | D | Y |
| 2. | Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim. | D | Y |
| 3. | Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiirden derinden etkilenirim. | D | Y |
| 4. | Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm. | D | Y |
| 5. | Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim. | D | Y |
| 6. | Mucizelerin olabileceğine inanırım. | D | Y |
| 7. | Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider. | D | Y |
| 8. | Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam. | D | Y |
| 9. | Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm. | D | Y |
| 10. | Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim. | D | Y |
| 11. | Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum. | D | Y |
| 12. | Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim. | D | Y |
| 13. | İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım. | D | Y |
| 14. | İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım. | D | Y |
| 15. | Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir. | D | Y |
| 16. | Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam. | D | Y |
| 17. | Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır. | D | Y |
| 18. | Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım. | D | Y |
| 19. | Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir. | D | Y |
| 20. | Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım. | D | Y |
| 21. | Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım. | D | Y |
| 22. | Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum. | D | Y |
| 23. | Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez "dalgın" olarak adlandırılırım. | D | Y |
| 24. | Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim. | D | Y |
| 25. | Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım. | D | Y |
| 26. | Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim. | D | Y |
| 27. | Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım. | D | Y |
| 28. | Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım. | D | Y |
| 29. | Bir iş yaparken "yeni ve geliştirilmiş" yollardan çok, eski "denenmiş ve doğru" yolları tercih ederim. | D | Y |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 30. | Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam. | D | Y |
| 31. | Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım. | D | Y |
| 32. | Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim. | D | Y |
| 33. | Düşmanlarımın acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir. | D | Y |
| 34. | Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım. | D | Y |
| 35. | Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür. | D | Y |
| 36. | Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı. | D | Y |
| 37. | Genellikle o kadar kararlıyımdır ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim. | D | Y |
| 38. | Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan bir çok şeye hayran olurum. | D | Y |
| 39. | Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var. | D | Y |
| 40. | Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim. | D | Y |
| 41. | Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlarıncaya değin para harcarım. | D | Y |
| 42. | Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm. | D | Y |
| 43. | Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum. | D | Y |
| 44. | Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez. | D | Y |
| 45. | Gevşemekteyken, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım. | D | Y |
| 46. | Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam. | D | Y |
| 47. | Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım. | D | Y |
| 48. | Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir. | D | Y |
| 49. | Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez. | D | Y |
| 50. | Ticarette başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz. | D | Y |
| 51. | Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür. | D | Y |
| 52. | Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir. | D | Y |
| 53. | Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim. | D | Y |
| 54. | Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır. | D | Y |
| 55. | Çoğu kimseden daha duygusalımdır. | D | Y |
| 56. | Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren, bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir. | D | Y |
| 57. | Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım. | D | Y |
| 58. | Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. | D | Y |
| 59. | Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım. | D | Y |
| 60. | Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. | D | Y |
| 61. | Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim. | D | Y |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 62. | Çoğu kimseden daha çok çalışırım. | D | Y |
| 63. | Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım. | D | Y |
| 64. | Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım. | D | Y |
| 65. | Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm. | D | Y |
| 66. | Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim. | D | Y |
| 67. | Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım. | D | Y |
| 68. | Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım. | D | Y |
| 69. | Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem. | D | Y |
| 70. | Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım. | D | Y |
| 71. | Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum. | D | Y |
| 72. | Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz. | D | Y |
| 73. | İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar. | D | Y |
| 74. | Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim. | D | Y |
| 75. | Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım. | D | Y |
| 76. | Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım. | D | Y |
| 77. | Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim. | D | Y |
| 78. | Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım. | D | Y |
| 79. | Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider. | D | Y |
| 80. | Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm. | D | Y |
| 81. | Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir. | D | Y |
| 82. | Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm. | D | Y |
| 83. | Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm. | D | Y |
| 84. | Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duyusu hissederim. | D | Y |
| 85. | Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim. | D | Y |
| 86. | Başkaları beni çok fazla denetliyor. | D | Y |
| 87. | Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım. | D | Y |
| 88. | Dinsel yaşantılar, yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur. | D | Y |
| 89. | Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim. | D | Y |
| 90. | Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir. | D | Y |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 91. | Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim. | D | Y |
| 92. | Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım. | D | Y |
| 93. | Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çiğneyemeyeceğini bilirim. | D | Y |
| 94. | Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem. | D | Y |
| 95. | Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim. | D | Y |
| 96. | Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim. | D | Y |
| 97. | Bazen yaşamımın, herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm. | D | Y |
| 98. | Bana adice davranan birisine, genellikle adice davranmaktan hoşlanırım. | D | Y |
| 99. | Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım. | D | Y |
| 100. | Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır. | D | Y |
| 101. | Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım. | D | Y |
| 102. | Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim. | D | Y |
| 103. | Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım. | D | Y |
| 104. | Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem. | D | Y |
| 105. | Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var. | D | Y |
| 106. | Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gerçeğine bakamam. | D | Y |
| 107. | Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim. | D | Y |
| 108. | Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim. | D | Y |
| 109. | Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim. | D | Y |
| 110. | Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm. | D | Y |
| 111. | Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım. | D | Y |
| 112. | Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım. | D | Y |
| 113. | Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür. | D | Y |
| 114. | İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim. | D | Y |
| 115. | İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım. | D | Y |
| 116. | Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım. | D | Y |
| 117. | Candan ve yakın arkadaşlarımın çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim. | D | Y |
| 118. | Uzun zaman pek başarılı olmasam bile, çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm. | D | Y |
| 119. | Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım. | D | Y |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 120. | Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum. | D | Y |
| 121. | Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar. | D | Y |
| 122. | Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür. | D | Y |
| 123. | Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm. | D | Y |
| 124. | Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim. | D | Y |
| 125. | Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum. | D | Y |
| 126. | Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum. | D | Y |
| 127. | Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım. | D | Y |
| 128. | Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir. | D | Y |
| 129. | Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim. | D | Y |
| 130. | Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim. | D | Y |
| 131. | Başkaları, benden istediklerini yapmayacağım için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler. | D | Y |
| 132. | Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim. | D | Y |
| 133. | Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır. | D | Y |
| 134. | Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım. | D | Y |
| 135. | İyi alışkanlıklar benim için "ikinci mizaç" olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır. | D | Y |
| 136. | Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam. | D | Y |
| 137. | Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim. | D | Y |
| 138. | Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar. | D | Y |
| 139. | Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir. | D | Y |
| 140. | Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım. | D | Y |
| 141. | Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim. | D | Y |
| 142. | Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim. | D | Y |
| 143. | Özel düşüncelerimden nadiren sözettiğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler. | D | Y |
| 144. | Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim. | D | Y |
| 145. | Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akılsızca olmadığını düşünürüm. | D | Y |
| 146. | Düşmanlarımın acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım. | D | Y |
| 147. | Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum. | D | Y |
| 148. | Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım. | D | Y |
| 149. | Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile, yapmakta olduğum işi bırakırım. | D | Y |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 150. | Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. | D | Y |
| 151. | Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir. | D | Y |
| 152. | Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum. | D | Y |
| 153. | Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar. | D | Y |
| 154. | Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim. | D | Y |
| 155. | Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir. | D | Y |
| 156. | Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam. | D | Y |
| 157. | Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir. | D | Y |
| 158. | Çoğu kez arkadaşlarımın arzularına boyun eğerim. | D | Y |
| 159. | Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım. | D | Y |
| 160. | Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem. | D | Y |
| 161. | Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım. | D | Y |
| 162. | Alışkanlıklarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır. | D | Y |
| 163. | Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım. | D | Y |
| 164. | Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem. | D | Y |
| 165. | Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam. | D | Y |
| 166. | Düşündüğümden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım. | D | Y |
| 167. | Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim. | D | Y |
| 168. | Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım. | D | Y |
| 169. | Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. | D | Y |
| 170. | Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım. | D | Y |
| 171. | İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim. | D | Y |
| 172. | Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım. | D | Y |
| 173. | Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur. | D | Y |
| 174. | Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir. | D | Y |
| 175. | Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığına inanırım. | D | Y |
| 176. | Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım. | D | Y |
| 177. | Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir. | D | Y |
| 178. | Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır. | D | Y |
| 179. | Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim. | D | Y |
| 180. | Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım. | D | Y |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 181. | Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır. | D | Y |
| 182. | Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum. | D | Y |
| 183. | Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim. | D | Y |
| 184. | Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir. | D | Y |
| 185. | Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar. | D | Y |
| 186. | Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir. | D | Y |
| 187. | Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım. | D | Y |
| 188. | Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır. | D | Y |
| 189. | Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim. | D | Y |
| 190. | Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum. | D | Y |
| 191. | İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım. | D | Y |
| 192. | Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım. | D | Y |
| 193. | Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir. | D | Y |
| 194. | Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu. | D | Y |
| 195. | İçinde, ansızın varolan herşeyle bütünleşmiş ve derinden bir aynılık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anlarım oldu. | D | Y |
| 196. | İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır. | D | Y |
| 197. | Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür. | D | Y |
| 198. | Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım. | D | Y |
| 199. | Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım. | D | Y |
| 200. | Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım. | D | Y |
| 201. | Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla "açılmamayı" tercih ederim. | D | Y |
| 202. | Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle "meşgul" kalabilirim. | D | Y |
| 203. | Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm. | D | Y |
| 204. | Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam. | D | Y |
| 205. | Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir. | D | Y |
| 206. | Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir. | D | Y |
| 207. | Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm. | D | Y |
| 208. | Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım. | D | Y |
| 209. | Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm. | D | Y |
| 210. | İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler. | D | Y |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 211. | Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye gore daha geriyimdir. | D | Y |
| 212. | Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım. | D | Y |
| 213. | Hoşlanmadığım bazı insanlar var. | D | Y |
| 214. | Başka herkesten daha fazla hayran olunmak isterim. | D | Y |
| 215. | Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım. | D | Y |
| 216. | Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür. | D | Y |
| 217. | Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim. | D | Y |
| 218. | Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım. | D | Y |
| 219. | Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür. | D | Y |
| 220. | Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir. | D | Y |
| 221. | Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaları üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır. | D | Y |
| 222. | Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim. | D | Y |
| 223. | Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum. | D | Y |
| 224. | Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım. | D | Y |
| 225. | Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider. | D | Y |
| 226. | Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim. | D | Y |
| 227. | Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm. | D | Y |
| 228. | Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir. | D | Y |
| 229. | Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam. | D | Y |
| 230. | Bu anket formunda çok yalan söyledim. | D | Y |
| 231. | Arkadaş canlısı olduğum söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum. | D | Y |
| 232. | Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim. | D | Y |
| 233. | Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm. | D | Y |
| 234. | Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar. | D | Y |
| 235. | Sahtekar olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır. | D | Y |
| 236. | Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim. | D | Y |
| 237. | Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, herşeyi okumaktan hoşlanırım. | D | Y |
| 238. | Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım. | D | Y |
| 239. | Bazen keyifsiz olurum. | D | Y |
| 240. | Ara sıra insanların arkasından konuşurum. | D | Y |

**EK 4.** İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ)

## İOÖ

Aşağıda insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size %70 uygun ise %70'in altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz. Hiç uygun değilse %0'ın altındaki kutuyu (X) ile işaretleyin.

| | **Size Uygunluk Derecesi** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **% 0** | **% 30** | **%70** | **%100** |
| **1.** . Kızınca birşeyler fırlatırım. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **2.** Beni gerçekten seven pek çok kişi var. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **3.** Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **4.** Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **5.** Çok fazla sorumluluğum var. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **6.** Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **7.** İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **8.** Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **9.** Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **10.** İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **11.** Ölürsem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **12.** Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **13.** İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **14.** Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşünüyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **15.** Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **16.** Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **17.** Ölürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

**Size Uygunluk Derecesi**

| | **% 0** | **% 30** | **%70** | **%100** |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| **18.** İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **19.** İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **20.** Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **21.** Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **22.** Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **23.** Güvenebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **24.** Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **25.** Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **26.** Kendimi anneme yakın hissediyorum / hissediyordum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **27.** Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **28.** Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **29.** İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **30.** Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **31.** Para konusu beni endişelendiriyor. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **32.** İntihar etmeyi hiç düşünmedim. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **33.** Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığını düşünüyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **34.** Kızınca bir şeyler kırarım. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **35.** Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **36.** Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

**EK 5**. Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)

## Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)

Lütfen kişiyi geçen ay boyunca gösterdiği fonksiyon düzeyine göre değerlendiriniz.
Bu ölçekte ele alınan dört ana fonksiyon alanı bulunmaktadır:

| | Yok | Hafif | Görünür düzeyde | Belirgin | Şiddetli | Çok şiddetli |
|---|---|---|---|---|---|---|
| a) sosyal açıdan yararlı aktiviteler; çalışma ve öğrenim görmek dahil | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| b) kişisel ve sosyal ilişkiler | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| c) öz-bakım | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| d) rahatsız edici ve agresif davranışlar | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

Zorlukların derecesine karar vermek için iki farklı operasyonel ölçüt seti bulunmaktadır:
bir tanesi a-c alanları için ve bir tanesi de d alanına özgüdür.

| **a-c alanlarının şiddet derecesi** | **d alanında şiddetin derecesi** |
|---|---|
| (I) yok | (I) yok |
| (II) hafif, yalnız kişiye çok yakın biri tarafından bilinen | (II) hafif, hafif kabalık, asosyallik veya sürekli yakınmaya karşılık geliyor |
| (III) görünür düzeyde, herkes tarafından açıkça fark edilebilen ancak kişinin sosyo-kültürel koşulları, yaşı, cinsiyeti ve eğitim düzeyi tarafından belirlenen bu alandaki rolünü gerçekleştirmesini belirgin bir şekilde etkilemeyen güçlükler | (III) görünür düzeyde, çok yüksek sesle konuşmak veya başkalarıyla çok samimi bir tarzda konuşmak veya sosyal açıdan kabul edilemeyecek bir tarzda yemek yemek gibi |
| (IV) belirgin, bu alandaki rol gerçekleştirmelerini ciddi bir şekilde etkileyen güçlükler; ancak kişi, her ne kadar yetersiz ve/veya nadiren de olsa, profesyonel veya sosyal yardım almadan hala bazı şeyleri yapabilme kapasitesine sahip; eğer biri tarafından yardım edilirse daha önceki işlevsellik düzeyine ulaşabilir | (IV) belirgin, toplum içerisinde başkalarına hakaret etmek, eşyaları kırmak ya da tahrip etmek, sıklıkla sosyal açıdan uygunsuz ancak tehlikeli olmayan bir tarzda hareket etmek (örneğin, toplum içerisinde soyunmak veya idrarını yapmak) |
| (V) şiddetli, eğer profesyonel olarak yardım edilmezse kişiyi bu alanda bir rol gerçekleştiremez hale getiren veya kişiyi yıkıcı bir role doğru yönelten zorluklar, ancak yaşamsal riskler yoktur | (V) şiddetli, sık olarak sözel tehditler savurmak veya sık olarak ağır yaralama niyeti ya da olasılığının bulunmadığı fiziksel saldırılarda bulunmak |
| (VI) çok şiddetli: kişinin yaşamını tehlikeye düşürecek kadar yoğun bozukluklar ve güçlükler | (VI) çok şiddetli, sık agresif davranışlar olarak tanımlanan, ciddi yaralanmalara neden olması amaçlanmış veya neden olma olasılığı bulunan |

PSP toplam skoru için kılavuzlar
71-100: Bu dereceler yalnız hafif güçlükleri yansıtır
31-70: Bu dereceler değişen düzeylerdeki yetersizliği yansıtır
0-30: Bu dereceler kişinin yoğun destek veya gözetim gerektirdiği çok kötü işlevselliği yansıtır

## Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP), devamı

100-91: Dört alanın hepsinde mükemmel işlevsellik. İyi nitelikleri nedeniyle kendisine saygı gösterilir, yaşama ilişkin güçlüklerle yeterince başa çıkar, çok çeşitli ilgi alanları ve aktiviteler ile meşgul olur

90-81: Dört alanın hepsinde iyi işlevsellik, yalnız sıradan problemler ve güçlüklerin bulunması

80-71: a-c alanlarından birinde veya daha fazlasında hafif güçlükler

70-61: a-c alanlarından birinde veya daha fazlasında görünür düzeyde ancak belirgin olmayan güçlükler ya da d alanında hafif güçlükler

60-51: a-c alanlarından birinde belirgin güçlükler ya da d alanında görünür düzeyde güçlükler

50-41: a-c alanlarından ikisinde veya daha fazlasında belirgin güçlükler ya da bir alanında şiddetli güçlükler, d alanında görünür düzeyde güçlüklerle birlikte olabilir veya olmayabilir

40-31: a-c alanlarından birinde şiddetli ve en azından bir alanda da belirgin güçlükler, ya da d alanında belirgin güçlükler

30-21: a-c alanlarından ikisinde şiddetli güçlükler, ya da a-c alanlarında bozukluk olsun ya da olmasın d alanında şiddetli güçlükler

20-11: a-d alanlarının hepsinde şiddetli güçlükler veya a-c genel alanlarında bir bozukluk olsun veya olmasın d alanında çok şiddetli güçlükler. Eğer kişi dışsal yönlendirmelere tepki veriyorsa önerilen skorlar 20-16 arasındadır; eğer tepki vermiyorsa önerilen skorlar 15-11 arasındadır

10-1: Aşırı davranışlarla birlikte temel fonksiyonlarda otonomi yokluğu ancak yaşamsal risk olmaksızın (derece 6-10) veya beslenme bozukluğu, dehidratasyon, enfeksiyonlar, belirgin tehlike içeren durumları kavrayamamaya bağlı ölüm riski gibi yaşamsal risk ile birlikte (derece 5-1)

Skor | | | |

Copyright© Blackwell Publishing. İzin alınarak çoğaltılmıştır. Morosini PL ve arkadaşları. Yönlendirici sosyal işlevselliği değerlendirmek için yeni bir DSM-IV Sosyal ve Mesleki İşlevsellik Değerlendirme Ölçeğinin (SOFAS) geliştirilmesi, güvenilirliği ve kabul edilebilirliği. Acta Psychiatr Scan 2000; 101:323-329.

## **EK 6**. Young Mani Derecelendirme ölçeği (YMRS)

**Ek 1: Young Mani Derecelendirme Ölçeği**

Orijinalinde son 48 saat, ancak son yıllarda yapılan pek çok çalışmada son bir hafta değerlendirmeye alınmaktadır. Hastanın söylediklerinden çok klinisyenin kanaati önemlidir. Bu çalışmada uygulanmadı ama 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

**EK 7.**Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

**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 ya da sözsüz olarak belirtiyor.

**2.**Suçluluk duyguları
0. Yok
1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığını ceza olarak görüyor. Suçluluk hezeyanları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.

**3**.İntihar
0. Yok
1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. "Keşke ölmüş olsaydım" diye düşünüyor ya da benzer düşünceler besliyor.
3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

**4.**Uykuya dalamamak
0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

**5**.Gece yarısı uyanmak
0. Herhangi bir sorun yok.
1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

**6.**Sabah erken uyanmak
0. Herhangi bir sorun yok
1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

**7**.Çalışma ve aktiviteler
0. Herhangi bir sorun yok.
1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak

kendini yetersiz hissediyor.
2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, müteredditolduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
3. Aktivitelerinde harcadığı süre ya da üretimi azalıyor.
4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış.

**8.**Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma).
0. Düşünce ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
4. Tam stuporda.

**9.**Ajitasyon
0. Yok
1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Ellerini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

**10**.Psişik anksiyete
0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden ya da konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

**11**.Somatik anksiyete
0. Yok
1. Hafif
2. Ilımlı
3. Şiddetli
4. Çok şiddetli

**12.**Gastrointestinal somatik semptomlar
0. Yok
1. İştahsızlık, karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor yada ilaca ihtiyaç duyuyor.

**13**.Genel somatik semptomlar
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, adet bozuklukları vb.)

0. Yok
1. Hafif
2. Şiddetli
3. Anlaşılamadı.

**15.**Hipokondriaklık
0. Yok
1. Kuruntulu
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriaklık delüzyonları.

**16**.Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)
A.Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0. Kilo kaybı yok
1. Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
B.Psikiyatr 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, istirahate ihtiyacı olmasına bağlıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.