



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI DEPRESİF DÖNEMDEKİ
HASTALARDA KOMORBİD DİSSOSİYATİF BOZUKLUK SIKLIĞI VE
UNİPOLAR DEPRESYON TANILI HASTALARLA
KARŞILAŞTIRILMASI, DİSSOSİYASYONUN İNTİHAR DÜŞÜNCESİ VE
ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Gizem Öztürk

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2024



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, şİşLİ HAMİDİYE ETFAL
SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ**

PSİKİYATRİ KLİNİğİ

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI DEPRESİF DÖNEMDEKİ
HASTALARDA KOMORBİD DİSSOSİYATİF BOZUKLUK SIKLIğI VE
UNİPOLAR DEPRESYON TANILI HASTALARLA
KARşILAşTIRILMASI, DİSSOSİYASYONUN İNTİHAR DÜşÜNCESİ VE
ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Gizem ÖZTÜRK

Tez Danışmanı: K. Oğuz KARAMUSTAFALIOğLU

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2024

TEŞEKKÜR

Tıpta uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, ilgi ve desteğini esirgemeyen, her açıdan gelişmemde önemli rolü olan değerli klinik şefim Prof. Dr. Ömer Akil Özer'e,

Bilgi ve deneyimiyle eğitimime katkı sunan, kıymetli zamanını ayırıp tez çalışmam boyunca bana yol gösteren, tez danışmanım değerli Prof. Dr. K. Oğuz Karamustafaloğlu'na,

Uzmanlık eğitimim boyunca klinik nosyonu, bütüncül bakışıyla yol gösteren ve bilimsel bilgi birikimi ile katkı sunan değerli Doç. Dr. Efruz Pirdoğan Aydın'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, destek ve tecrübelerinden yararlandığım başta idari sorumlumuz Doç. Dr. Aslı Beşirli'ye ve tüm klinik uzmanlarımıza,

Rotasyonlarımda eğitimime olan kıymetli katkılarından dolayı, Şişli Hamidiye Etfal Nöroloji Kliniğinden Prof. Dr. Serpil Bulut ve ekibine, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman RSHH Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniğinden Prof. Dr. Gül Karaçetin ve ekibine,

Asistanlık sürecim boyunca beraber çalışma imkânı bulduğum, onlardan çok şey öğrendiğim, her biriyle çok güzel anılar paylaştığım sevgili asistan hekim arkadaşlarıma ve yollarımızın kesiştiği tüm doktor, hemşire, psikolog ve diğer personel arkadaşlarıma,

Çok küçük yaşlardan beri elimi hiç bırakmayan, her koşulda yanımda olan, biricik arkadaşlarım, Beyza, Aylan, Hazel, Asu'ya ve özellikle İstanbul deneyimim boyunca başta Ersin ve Gaye Yılmaz olmak üzere, sevgisini ve yardımını esirgemeyen yakınlarıma,

Hayatıma girdiğinden beri sevgisini, ilgisini ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim, varlığıyla kalbimi ısıtan, yol arkadaşım Derya'ya,

Hayatım boyunca koşulsuz sevgi ve desteklerini hissettiren, bugünlere gelmemdeki emeklerinden dolayı başta abim olmak üzere, sevgili aileme

Sonsuz teşekkür ederim.

Gizem ÖZTÜRK

İstanbul, 2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇLAR.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. BİPOLAR BOZUKLUK	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Tarihçe	3
2.1.3. Epidemiyoloji	5
2.1.4. Etiyoloji	6
2.1.5. Tanı Kriterleri ve Sınıflandırma	9
2.1.6. Klinik Seyir ve Prognoz.....	13
2.2. MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK.....	16
2.2.1. Tanım.....	16
2.2.2. Tarihçe	16
2.2.3. Epidemiyoloji	16
2.2.4. Etiyoloji	17
2.2.5. Tanı Kriterleri ve Sınıflandırma	19
2.2.6. Klinik Seyir ve Prognoz.....	20
2.3. DİSSOSİYATİF BOZUKLUK.....	21
2.3.1. Tanım.....	21
2.3.2. Tarihçe	21
2.3.3. Epidemiyoloji	22
2.3.4. Etiyoloji	23
2.3.5. Tanı Kriterleri ve Sınıflandırma	24
2.3.6. Klinik Özellikler.....	27

2.4. İNTİHAR.....	31
2.5. ANKSİYETE	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. ÖRNEKLEM VE UYGULAMA.....	35
3.1.1. Araştırmaya dahil etme ölçütleri	35
3.1.2. Araştırmadan dışlama ölçütleri.....	35
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	36
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	36
3.2.2. SCID-D (Dissosiyatif Bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi).....	36
3.2.3. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES).....	37
3.2.4. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS).....	37
3.2.5. Hamilton Depresyon Ölçeği.....	38
3.2.6. Young Mani Ölçeği	38
3.2.7. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği	38
3.2.8. Hamilton Anksiyete Ölçeği	39
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	39
4. BULGULAR	40
5. TARTIŞMA.....	65
ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	74
6. SONUÇLAR.....	75
7. KAYNAKLAR.....	76
EKLER	86
EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	
EK-2: DISSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ(DES)	
EK-3: KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	
EK-4: HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ	
EK-5: YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ	
EK 6: BECK İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ	
EK-7: HAMILTON ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	
EK-8: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	

KISALTMALAR

- BB:** Bipolar Bozukluk
BD: Bipolar Depresyon
MDB: Major Depresif Bozukluk
DB: Dissosiyatif Bozukluk
DKB: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu
DP: Depersonalizasyon
DR: Derealizasyon
EKT: Elektrokonvülsif terapi
DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı
SCID-D: Dissosiyatif Bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi
DES: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği
HAM-D: Hamilton Depresyon Ölçeği
BPRS: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği
HAM-A: Hamilton Anksiyete Ölçeği
SCI-DER: Structured Clinical Interview for Derealization-Depersonalization Spectrum
CADSS: Clinician-Administered Dissociative States Scale

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Gruplara Göre Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 2. Gruplara Göre Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 3. Gruplara Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4. Gruplara Göre SCID-D Tanılarının Karşılaştırılması

Tablo 5. Bipolar Grubundaki Bireylerin SCID-D -Tanıları ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 6. Unipolar Grubundaki Bireylerin SCID-D -Tanıları ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 7. Gruplara Göre DES Sınıflamasının Karşılaştırılması

Tablo 8. Bireylerin Hastalık Başlangıç Yaşı, Hastalık Süresi, Yatış Sayısı, Mani Sayısı, Hipomani Sayısı, Depresyon Sayısı ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 9. Geçmiş Suisid Girişiminde Kullanılan Yöntemlerin Dağılımı

Tablo 10. Bipolar Depresif Hastalarda Dissosiyasyon Bozukluğu Ek Tanı Alma Durumuna Göre BİDO ve Ham-A Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 11. Dissosiyasyon Bozukluğu Ek Tanısı Alan Bireylerin Gruplara Göre BİDO ve Ham-A Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 12. DES puanı 30 üzerinde olan Bipolar Depresif Hastalarda BİDO ve Ham-A Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 13. DES puanı 30 üzerinde olan Bireylerin Gruplara Göre BİDO ve Ham-A Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 14. Tıbbi Ek Hastalık Durumuna Göre SCID-D, DES ve Depresyon Sayısı Değerlerinin Karşılaştırılması

Tablo 15. Dissosiyasyon Bozukluğu Ek Tanısı Alan Bireylerin Gruplara Göre Tıbbi Ek Hastalık, Geçmiş Suisid, ÇÇTÖ Karşılaştırılması

Tablo 16. DES Sınıflamasına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

ÖZET

Bipolar Bozukluk tanılı depresif dönemdeki hastalarda komorbid Dissosiyatif Bozukluk sıklığı ve Unipolar depresyon tanılı hastalarla karşılaştırılması, dissosiyasyonun intihar düşüncesi ve anksiyete üzerine etkilerinin incelenmesi

Dr. Gizem ÖZTÜRK

Amaç: Çalışmamızın amacı, bipolar bozukluk depresif dönemde dissosiyatif bozuklukların ne sıklıkta eşlik ettiğini araştırmak, unipolar depresyon hastalarındaki dissosiyasyon sıklığı ile karşılaştırılmak, dissosiyasyonun intihar ve anksiyete üzerine etkilerini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza; Şubat 2024 - Mayıs 2024 tarihleri arasında Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran, çalışma grubu olarak DSM-5'e göre Bipolar Bozukluk depresif dönem tanısı almış 53 hasta ve kontrol grubu olarak Major Depresyon Bozukluğu tanısı almış 51 hasta alınmıştır. Katılımcılar öz bildirim formu olan Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğini doldurmuştur ve katılımcılarla SCID-D, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Young Mani Ölçeği, Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği doldurulacak şekilde görüşme yapılmıştır.

Bulgular: SCID-D ile yapılan değerlendirmede bipolar grubun %35.8'i (n=19) dissosiyatif bozukluk tanısı almıştır. Unipolar grupta ise bu oran %13.7 (n=7) saptanmıştır. Bipolar grupta alt tiplerden amnezi ve BTA dissosiyatif bozukluk %15.1 oranında saptanarak diğer alt tiplerinden fazla görülmüştür. Çalışmamızda DES ortalama puanı BB grupta 23.92 ± 15.24 , UD grupta 17.69 ± 13.36 , DES-taxon puanları ise BB grupta 17.86 ± 15.24 , UD grupta 10.94 ± 14.17 saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı olarak BB grupta yüksek bulundu. DES alt grupları olan amnezi ve depersonalizasyon/derealizasyon puanları da bipolar grupta anlamlı yüksek saptanmıştır. Hastalık başlangıç yaşı ve hastane yatış sayısı ile dissosiyatif semptom varlığı arasında ilişki saptanmıştır. Hem bipolar hem unipolar depresyonda dissosiyatif semptomların eşlik ettiği durumlarda intihar düşüncesinin ve anksiyete düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. Bipolar depresyona eşlik eden

dissosiyatif belirtiler varlığında dissosiyatif belirti yaşamayanlara kıyasla intihar düşüncesinde artış görülmektedir fakat anksiyete üzerinde belirgin bir etkisi gözlenmemiştir.

Sonuç: Bipolar depresyon grubunda yaklaşık üç hastadan birinde dissosiyatif bozukluk komorbiditesi olduğu çalışmamızın temel bulgularındandır. Dissosiyasyonun depresyonla başlayan bipolar bozukluğunun unipolar bozukluktan ayırım yapmakta yardımcı bir belirti olabileceği düşünülmüştür ve erken yaşta hastalık başlangıcı, artan hastane yatış ihtiyacı ve intihar düşüncesi üzerine olumsuz etkileri göz önüne alındığında mortalite ve morbidite açısından tedavi sürecinde dikkate alınması gereken bir durum olduğu düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Bipolar Bozukluk, Bipolar Depresyon, Dissosiyatif Bozukluk, Unipolar Depresyon, Major Depresif Bozukluk, İntihar düşüncesi, Anksiyete, Komorbidite

ABSTRACT

Frequency Of Comorbid Dissociative Disorders In Patients With Bipolar Disorder During Depressive Episodes Compared To Those With Unipolar Depression, And Investigating The Effects Of Dissociation On Suicidal Ideation And Anxiety

Dr. Gizem ÖZTÜRK

Aim: The aim of our study is to investigate the frequency of comorbid dissociative disorders in bipolar disorder during depressive episodes, compare it with the frequency of dissociation in patients with unipolar depression, and explore the impact of dissociation on suicide and anxiety.

Method: Our study included 53 patients diagnosed as Bipolar Disorder in the depressive episode according to DSM-5 criteria, who presented to the Psychiatry Clinic of Health Sciences University Seyrantepe Hamidiye Etfal Teaching and Research Hospital between February 2024 and May 2024 as the study group, and 51 patients diagnosed with Major Depressive Disorder as the control group. Participants completed the self-report Dissociative Experiences Scale, and interviews were conducted using the SCID-D, Brief Psychiatric Rating Scale, Hamilton Depression Rating Scale, Young Mania Rating Scale, Beck Scale for Suicidal Ideation, and Hamilton Anxiety Rating Scale.

Results: Using SCID-D assessment, our study found that 35.8% (n=19) of the bipolar group diagnosed as comorbid dissociative disorder, compared to 13.7% (n=7) in the unipolar group. In the bipolar group, dissociative disorders associated with subtypes such as amnesia and identity alteration (BTA) were found at a rate of 15.1%, which was higher compared to other subtypes. The average DES score was 23.92 ± 15.24 in the bipolar group and 17.69 ± 13.36 in the unipolar group, with DES-taxon scores significantly higher in the bipolar group (17.86 ± 15.24 vs. 10.94 ± 14.17 , respectively). Subgroup analyses of DES revealed significantly higher scores in amnesia and depersonalization/derealization in the bipolar group. There was an observed relationship between age of onset of illness and number of hospitalizations with the presence of dissociative symptoms. It was determined that when dissociative symptoms coexisted with both

bipolar and unipolar depression, both suicidal ideation and anxiety levels increased. In cases where dissociative symptoms accompanied bipolar depression, an increase in suicidal ideation was noted compared to those without dissociative symptoms, although there was no significant impact observed on anxiety levels.

Conclusion: In our study, a key finding is that approximately one in three patients with bipolar depression had comorbid dissociative disorder. It has been considered that dissociation may be a helpful symptom in distinguishing bipolar disorder with depression onset from unipolar disorder. Given its negative effects on early disease onset, increased hospitalization needs, and suicidal ideation, dissociation is thought to be a critical consideration in the treatment process for its impact on mortality and morbidity.

Key words: Bipolar Disorder, Bipolar depression, Dissociative Disorder, Unipolar depression, Major Depressive Disorder, Suicide, Anxiety, Comorbidity

1. GİRİŞ VE AMAÇLAR

Bipolar bozukluk (BB), depresyon ve mani ya da hipomani dönemlerinin olduğu, dönemler arasında normal veya minimal belirtiler eşlik edebilen, yüksek mortalite, morbidite ve birçok alanda işlevsellik kaybına yol açtığı bilinen ruhsal bir bozukluktur (1). Kronik seyir gösterdiği için sürekli tedavi gerektiren, hasta ve yakınlarının yaşamını olumsuz yönde etkileyen, yeti yitimine yol açan, özkıyım riski yüksek olan ve tahmin edilenden daha sık görülen bir hastalıktır. (2) BB’da yaşam boyu komorbidite oranları %50-70 arasında değişmektedir. Eşlik eden komorbiditeler, hem tanı hem de tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir (3).

Dissosiyasyon normalde bütünlük içerisinde olan bilinç, bellek, kimlik, duygu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranışta ayrışma ve/veya süreksizlik olmasıdır. Bu ayrışma ve süreksizlikler psikolojik işlevlerin her alanını etkileyebilir. Dissosiyatif bozukluklar çoğunlukla gelişimsel dönemde yineleyen travmatik yaşantıların ruhsal olarak üstesinden gelme çabası biçiminde ortaya çıkar ve zamanla uyumlu olmayan bir sürece dönüşür. Kronik veya dirençli depresyon, eşik altı bipolar bozukluk görünümü, tekrarlayan intihar girişimleri, kendine zarar verme davranışı, somatik belirtiler ve akut psikoz benzeri tablolarla başvurular görülebilir(4). Dissosiyatif Bozukluklar, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının (DSM-5) 5. Baskısında kimlik çözülmesi bozukluğu, amnezi, depersonalizasyon, derealizasyon, tanımlanmış diğer çözülme bozuklukları ve tanımlanmamış diğer çözülme bozuklukları şeklinde alt gruplarla açıklanmıştır (5). Dissosiyatif bozukluklarda duygudurum bozuklukları, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu tanıları eşlik edebilir (4).

Literatürde BB’ta dissosiyasyonun nispeten az çalışıldığı dikkat çekmektedir. Mevcut çalışmalar çoğunlukla ötimik dönemdeki hastalarla sağlıklı kontrol grupları arasında yapılmış ve hasta grubunda daha fazla dissosiyatif semptomlar olduğunu kanıtlamıştır (6–9). Güncel kanıtlar, unipolar depresyonu olan hastalara kıyasla bipolar bozukluk hastalarının dissosiyatif semptomlar bildirme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir ve dissosiyatif belirtilerin değerlendirilmesinin, bipolar bozukluk depresif dönemdeki hastaların unipolar depresyonu olan hastalardan ayırmada yararlı olabileceğini düşündürmektedir (8,10,11).

İntihar dünya çapında her yıl 700.000'den fazla ölüme sebep olmaktadır (12). 2015 yılında yayınlanan bir derlemede 1980 ve 2014 yılları arasında gerçekleşen tüm intiharların %3,4-14'ünü BB olan kişiler oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bipolar bozukluk tanısı olan kişilerin %23-26'sı intihar girişiminde bulunduğu raporlanmıştır (13). Dissosiyatif bozukluk olan kişilerde, kendine zarar verme ve intihar eğilimi güçlü bir şekilde ilişkilidir (14). İntihar girişimi olan hastalarda daha fazla dissosiyatif semptomlar ve yüksek DES puanları saptanmıştır. İntihar, dissosiyasyondan kurtulma çabası veya son bir dissosiyatif duruma ulaşma çabası olarak ortaya çıkabilir. Bu yüzden dissosiyasyon ve intihar davranışları arasındaki bağlantıyı tespit etmek BB hastalarda riski değerlendirmek ve müdahale teknikleri geliştirmek açısından önemlidir (15).

Literatürde yüksek anksiyete seviyeleri ile artan dissosiyasyon riski arasındaki ilişki araştırılmıştır. Yapılan çalışmalarda anksiyete bozukluğu olan hastaların sağlıklı kontrollere göre daha fazla dissosiyatif yaşantılarının olduğu gösterilmiştir. Anksiyeteyi düzenleyen bilişsel süreçlerdeki zayıflamanın dissosiyatif belirtileri tetikleyebileceği düşünülmektedir (16,17). Klinik ve epidemiyolojik çalışmalar gözden geçirildiğinde, BB ile anksiyete bozukluklarının yüksek oranla birliktelik gösterildiklerini bildirmekte ve BB'ta eşlik eden tanıların tedavi yanıtını azalttığı, hastalık sürecini olumsuz etkilediği ve özkıyım riskinde artışa sebep olduğu bilinmektedir (18).

Çalışmamızın amacı, bipolar bozukluk depresif dönemde dissosiyatif bozuklukların ne sıklıkta eşlik ettiğini araştırmak, unipolar depresyon hastalarındaki dissosiyasyon sıklığı ile karşılaştırılmak, dissosiyasyonun intihar ve anksiyete üzerine etkilerini araştırmak, bu sayede ön görülebilecek ve önlenilecek sonuçlar açısından katkı sunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BİPOLAR BOZUKLUK

2.1.1. Tanım

Bipolar bozukluk (BB), belli bir düzen olmaksızın hipomani/mani, depresyon ya da karma atakların yaşandığı, bu dönemler arasında ise semptomların minimal olduğu veya ortadan kalktığı ötimik dönemlerle karakterize ciddi bir ruhsal bozukluktur (19). BB, kronik seyirli, mesleki, ailesel ve sosyal alanlarda işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açan kronik bir duygudurum bozukluğudur (20). BB, dünya genelinde yaşam kalitesini ve işlevselliği ciddi şekilde etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (21).

2.1.2. Tarihçe

Eski çağlardan beri duygudurum değişiklikleri bilinmektedir, kutsal kitaplarda ve antik eserlerde mani ve depresyon yaşayan kişilere rastlanabilmektedir (22). İlk kez M.Ö. 5. yüzyıl'da Hipokrat, 'siyah' anlamına gelen 'melas' ve 'safra' anlamına gelen 'chole' sözcüklerinden üretilen melankoli kelimesi ile şiddetli üzüntünün patolojik halini tariflemiştir. Antik Yunan'da çökkünlük için melankoli, taşkınlık için mani terimleri kullanılmış ve ilk kez Kapadokyalı Aretaeus M.Ö. 1. yüzyıl'da melankoli ve maninin tek hastalığın iki ayrı görüntüsü olma ihtimalinden bahsetmiştir. Aretaeus'un bu görüşleri ile bipolarite kavramının ortaya çıktığı kabul edilebilir (23).

Ocak 1854'te Paris'li Jules Baillarger , Académie de Médecine'de verdiği bir konferansta mani ve depresyon arasında tekrarlayan dönemlere sebep olan iki fazlı bir akıl hastalığını tanımlamış ve buna 'folie à double forme' yani 'iki biçimli delilik' adını vermiştir. Hemen ardından meslektaşısı Jean-Pierre Falret, "folie circulaire" adını verdiğini benzer bir bozukluğu tanımladığını iddia etmiştir (24). Falret; tekrarlayan depresyon ve mani dönemleriyle bunların arasında değişen sürelerde sağlıklı dönemler tanımlamıştır. Jules Baillarger ise mani ve depresyonun aynı hastalıkta olabileceğini tanımlamış fakat aralardaki iyilik dönemlerine yer vermemiştir (22).

19. yüzyılın sonlarına doğru, Heidelberg Üniversitesi ve daha sonra Münih Üniversitesi'nde psikiyatri profesörü olan modern psikiyatrinin kurucusu olduğu düşünülen Emil Kraepelin (1856–1926), bugünkü bipolar bozukluk ve major depresif bozukluğu içeren geniş bir durumu, Manik-Depresif Delilik olarak kavramsallaştırdı (19). Kraepelin'e göre manik depresif hastalık dementia precox'tan farklı olarak döngüseldi yani nöksler ve iyileşme dönemleri ile gitmekteydi (25).

1930lu yıllarda Bleuler 'affektif bozukluklar' başlığı altında manik ve depresif sendromları bir araya getirmiştir. 1959'da Karl Leonhard, manik ve depresif dönemlerin bir arada görüldüğü "bipolar bozukluk" ve yalnızca depresyon ya da yalnızca mani dönemlerinin görüldüğü "monopolar bozukluk" olmak üzere başka bir sınıflandırmayı önermiştir (23). Dunner ise 1976'da hastalığın iki alt tipe ayrılmasını, Bipolar 1 ve Bipolar 2 olmasını önermiş ve tip II'yi manik dönem yaşamayan, hastanede yatış gerektirmeyen hipomani dönemleri ve hastanede yatışı gerektiren depresyon olan hastalar için kullanmıştır (26).

1952 yılında, Amerikan Psikiyatri Derneğinin ilk kez yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-1 (DSM-I) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition)'de 'manik depresif reaksiyon', 1968'de DSM-II'de 'manik depresif hastalık' adı verilmiş. 1980 yılında yayınlanan DSM-III'te 'Duygulanım Bozuklukları' başlığı ile Major Depresif Bozukluk ve Bipolar Bozukluk ayrı isimlerle tanımlanmış olup 1987 yılında DSM-III-R'de Duygulanım Bozuklukları yerine 'Duygudurum Bozuklukları' kullanılmış ve Bipolar Bozukluğu tip 1 ve tip 2 olarak sınıflandırılmış. 1994'te DSM-IV ile BB, 'iki uçlu bozukluk I', "iki uçlu bozukluk II", "siklotimi" ve "başka türlü adlandırılmayan iki uçlu bozukluk" olmak üzere dört alt tipe ayrılmış. En güncel olan DSM-5, 2013'te yayınlanmış ve Bipolar ve İlişkili Bozukluklar başlığını kullanmış ve eski versiyonlarda kullanılan karma dönem tanısı yerine karma özellik belirtici eklenmiş (27).

2.1.3. Epidemiyoloji

Bipolar bozukluk milliyet, etnik grup, kültür ve sosyoekonomik durum ayrılıksızın küresel nüfusun %1'inden fazlasını etkilemektedir (28). Global çapta bütün hastalıklar arasında 17. sırada engellilik sebebidir (29). 15-24 yaş arasındaki insanların ölüm sebepleri arasında 3. sıradadır, bu durum hem aileler hem de toplum üzerinde yük oluşturmaktadır (30).

Geçmişte yaşam boyu sıklığı %1 varsayılırken son yıllarda bir spektrum olduğu düşünüldüğünde yaklaşık %5 oranlarında görüldüğü tahmin edilmektedir (2). Dünya Ruh Sağlığı Araştırması Girişimi tarafından, 11 ülkeden 61392 hastanın dahil edildiği kapsamlı bir epidemiyolojik çalışmada, BB prevalansı tahminleri ülkelere göre değişmekle birlikte, BB-I, BB-II ve eşik altı BB alt türlerini birlikte değerlendirerek, bipolar spektrumunun toplam yaşam boyu ve on iki aylık prevalans tahminleri %2,4 ve %1,5 olarak bildirmiştir (31). Eşik altı tablolar da göz önüne alındığında yaşam boyu prevalansın %4,4 olduğu belirtilmiştir (32).

2015 yılında yayınlanan bir meta-analiz çalışmasında, yaygınlık üzerinde tanı ölçütlerinin etkilerini araştırmak için 25 çalışma incelenmiş ve ortalama yaşam boyu yaygınlığın BB 1 için %1.1, BB 2 için %1.2 olduğu tespit edilmiştir. BB 1 yaygınlığı BB 2'den yüksek saptanmıştır. DSM-3, DSM-3R, DSM-4 arasında BB 1 tanı kriterinde değişiklik olmamasına rağmen, yapılan araştırmalarda yaygınlık oranlarında artış gözlenmiştir ve bunun tanı görüşmelerinin yıllar içinde yapılandırılmasına ve değişen ölçeklere bağlı olabileceği düşünülmüştür. BB 2 yaygınlığındaki değişikliklerin ise çoğunlukla tanı sınıflamasına bağlı olduğu öne sürülmüştür (33).

BB genel yaygınlığının her iki cinsiyette eşit dağılım gösterdiğini ancak manik dönemin erkeklerde, depresif dönemin ise kadınlarda daha sık gözleendiği kabul edilmektedir (23). Ülkemizde de, literatürle uyumlu olarak, cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Tüm veriler göz önüne alındığında, sosyoekonomik düzey ve bipolar bozukluk arasında açık bir ilişki tespit edilememiştir. Bipolar tanılı bireylerle sağlıklı kontrol grubu arasında evlilik oranları incelendiğinde,

kontrol grubunun evlilik oranlarının bipolar tanılı bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, bipolar bozukluk tanısı alan kadınların evli olma sıklığının erkeklere kıyasla daha fazla olduğu bulunmuştur (34).

Bipolar bozukluğu olan bireylerde, hastalık geç ergenlik ve genç erişkinlik döneminde ortaya çıkar ve ortalama başlangıç 25 yaşındadır ancak doğru teşhisin yıllarca geciktiği ve en sık yanlış tanının unipolar depresyon olduğu bildirilmiştir. Hastaların üçte birinde 15 yaşından önce başladığı bildirilmiştir (35). Başlangıç yaşı, analiz edilen grubun kökenlerine bağlı olarak bir miktar farklılık gösterebilmektedir. Örneğin, yapılan bir çalışmada, ABD'de bipolar bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 20 olarak bulunurken, Avrupa'da bu yaşı ortalama 29 olduğu tespit edilmiştir (36). Türkiye'de yapılan araştırmalar ise başlangıç yaşı olarak genellikle 23,8 ile 27,7 arasında değerler bildirmektedir.(34) Bipolar bozukluk, genellikle yirmili yaşların başlarında başlar ancak epidemiyolojik çalışmalar, başlangıç yaşının iki tepe noktasında yoğunlaştığını, bunların 15-24 ve 45-54 yaş aralıklarında olduğunu göstermektedir (37).

Toplum tabanlı bir çalışma, duygudurum bozukluğu olan hastalarda DB tanısı konma olasılığının 2.4 kat daha fazla olduğunu bulmuş, ancak bu çalışmada bipolar bozukluk ile unipolar depresyon arasında ayrım yapmamıştır (11).

2.1.4. Etiyoloji

Bipolar bozukluğun etiyojisiyle ilgili birçok araştırma olmasına rağmen net olarak aydınlatılamamıştır. Bipolar bozukluk biyopsikososyal stresörlere maruziyet sonrası tetiklenen bir hastalık olarak kabul edilir. Kökeninde genetik faktörler, beyindeki işlevsel ve yapısal değişiklikler, hormonal dengesizlikler, hipotalamik-hipofiz-adrenal sistem (HPA) sorunları, nörotransmitter düzensizlikleri ve inflamatuvar süreçler gibi çeşitli faktörler sorumlu tutulmaktadır (38).

Bipolar bozuklukta yapılan aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, hastalığın genetik yatkınlığıyla ilgili olarak fenotipik varyasyonun %59 ile %80 arasında olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, bipolar bozukluğun poligenik bir hastalık olduğunu ve yüksek

düzeyde kalıtsal özellik gösterdiğini işaret etmektedir (39). Hastalık birinci derece yakınlar arasında en çok kardeşlerde çıkmaktadır (40). Yapılan çalışmalara göre monozigot ikizlerde hastalığın görülme oranı %79 iken, dizigot ikizlerde ise bu oranın %19'lara düştüğü saptanmıştır. Bu durum sadece genlerin değil çevresel faktörlerin de etkisini göstermektedir (30). Gershon ve arkadaşlarının çalışmasında, ebeveynlerden sadece birinde BB var ise çocuklarında da hastalık görülme riskinin %13 olduğu, farklı bir çalışmada ise her iki ebeveynde de BB var ise çocuklarında hastalık görülme riskinin %50-75'e yükselttiği tespit edilmiştir (30,41).

Aile öyküsü bulunan bireylerde bipolar bozukluğun daha erken yaşta başlaması, sık nöbet geçirme, yüksek hastaneye yatış oranları, bilişsel işlevlerde bozulma, yüksek intihar girişim oranları ve artmış anksiyete belirtileri gibi olumsuz etkiler gözlemlendiği bildirilmiştir (42).

Genetik çalışmalarda; kalsiyum sinyal yolağıyla bağlantılı olan CACNA1C ve aksonal miyelinizasyonda rol alan ankrin-B proteinini eksprese eden Ankyrin-3 (ANK-3) genleri hastalıkla en fazla ilişkilendirilen genlerdir (43). Diğer çalışılan genler arasında Beyin türevli nörotrofik faktör (BDNF), DAOA/G72 (D-aminoasid oksidaz aktivatör), SLC6A4/5-HTT (serotonin transporter geni), DTNBP1 (Dysbindin), NRG1 (neurogulin 1), DISC1 (Disrupted in schizophrenia 1) mevcuttur (44).

Hastalığın erken ve geç evrelerindeki hastaların seviyeleri karşılaştırıldığında, BD'nin ileri evresinde BDNF ve IL-6'nın erken evreye kıyasla anlamlı derecede azaldığı görülmüştür. Bunun tersine, TNF- ileri evrede anlamlı bir artış göstermiştir. Hastalığın ileri evresindeki inflamatuvar savunma mekanizmalarının başarısızlığı, BDNF'de azalma ve sitokinlerdeki süregelen yüksekliklerin sebebi olabilir; bu sebeple bunlar, BB'da hastalık ilerlemesinin belirteçleri olarak potansiyel taşıma kapasitesine sahip olabilirler (45). Hücre içi sinyal yollarındaki bozulmanın duygulanım ve davranışlarında bozulmalara yol açabileceği, bu yollarda görev yapan ve lityum tarafından da inhibe edilen glikojen sentaz kinaz-3 (GSK-3) düzeyinin yüksek olmasının BB'a yatkınlığı artırdığı ileri sürülmektedir (46).

Bipolar bozukluk hastalarında yapılan nörogörüntüleme çalışmaları, atak ve iyileşme dönemlerinde spesifik bir belirteç bulunamamakla birlikte, hastalıkla ilişkili olduğu düşünülen bazı beyin anormalliklerini ortaya koymuştur. Bu anormallikler genel olarak duygusal ve nörobilişsel alanlardaki bozulmaları işaret eden limbik sistemde, prefrontal alanda ve kortikal bilişsel devrelerde tespit edilmiştir (47). Görüntüleme çalışmalarda en sık gösterilen bulgu lateral ventriküllerin sağlıklı bireylere kıyasla genişleme olduğudur (48). Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmalarında, ötimik dönemdeki hastalarda ve sağlıklı akrabalarında da bulunan ventral PFK’de saptanan işlev bozukluğu, işlevsellikteki azalmanın kalıcı olabileceğini düşündürmektedir (49).

Nöroendokrin dizgilerden en sık bireyin strese verdiği yanıtı regüle eden hipotalmus-hipofiz-adrenal bez(HPA) eksen ve tiroid işlevleri üzerinde durulmuştur (23). Kortikotropin releasing hormon (CRH) salınımına verilen adrenokortikotropik hormon (ACTH) cevabı ve kortizol salınımında depresif atakta düzensizlikler bildirilmiştir (50). BB’da CRH salınımına ACTH ve kortizol yanıtında artış saptandığı ve deksametazon süpresyon testinin (DST), bipolar depresyonda, unipolar depresyona kıyasla daha sık bozulduğu tespit edilmiştir (23).

Tiroid hormonları, merkezi sinir sistemi üzerinde gelişimsel etkilerinin yanı sıra erişkin beyinde metabolik faaliyeti önemli ölçüde etkiler. Hipotalamo-hipofiz-tiroid (HPT) eksen disfonksiyonu, bipolar bozukluğun etiyolojisi, seyri, tedavisi ve sonuçları üzerinde önemli bir rol oynar. Ruhsal bozukluklar, özellikle bipolar bozukluk, subklinik hipotiroidi ile yakından ilişkilidir. Hipotiroidizme bağlı en yaygın psikiyatrik belirtiler depresyon ve bilişsel işlev bozukluğudur (51).

BB etiyopatogenezinde serotonin, noradrenalin ve dopaminden oluşan monoaminerjik nörotransmitter sistemlerindeki dengesizliğin önemli rol aldığı düşünülmektedir (45). Noradrenerjik-kolinerjik sistemler arasındaki dengesizlik atakların oluşumunda rol oynar; manide dopamin ve noradrenalin seviyeleri artarken, depresyonda ise azalma olduğu öne sürülmüştür (52). Fakat nörotransmitter düzeyinden ziyade, reseptör

duyarlılığındaki değişikliklerin hastalığın patofizyolojisini daha çok etkilediği düşünülmektedir (53).

Ateşleme (Kindling) fenomenine göre, beyinde belirli bir bölgenin tekrar tekrar uyarılması, uyarılma eşiğinin düşmesine yol açar. Bu süreçte yaşanan stresör faktörler, biyokimyasal bir hassasiyet oluşturarak ilk depresif veya manik atakları tetikler. Ataklar tekrarlandıkça bu hassasiyet artar ve kişi zamanla daha az uyaranla da atak geçirmeye başlayabilir, atak sıklığı da artabilir (54).

Nöroprogresyon, bilişsel ve işlevsel bozulmalarda kötüleşmeye yol açabilir. Özellikle uzun süreli hastalık süreçleri, prefrontal korteks gibi beyin bölgelerinin kortikal kalınlığının azalmasıyla ilişkilendirilmiştir. Tekrarlayan duygudurum bozukluğu epizodları, beyindeki yapısal ve işlevsel değişikliklerin bir göstergesi olarak kabul edilebilir (55).

BB etiyolojisinde çocukluk çağı travmaları, gebelik sırasında geçirilen enfeksiyonlar (ör. influenza, toxoplasma gondii gibi), maternal sigara kullanımı, doğum komplikasyonları, ileri baba yaşı gibi etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir (56). Bir takım psikososyal faktörlerin, alkol ve/veya madde kullanımı gibi çeşitli yaşam alışkanlıklarının hastalığın seyrini etkilediği düşünülmektedir (57).

2.1.5. Tanı ve Sınıflandırma

Bipolar Bozukluk tanısını belirlemek amacı ile DSM-5 sınıflandırma sistemi kullanılmaktadır. DSM-5'te Bipolar (iki uçlu) ve İlişkili Bozukluklar başlığı şu şekildedir:

- 1- Bipolar bozukluk tip-1 (BB-I)
- 2- Bipolar bozukluk tip-2 (BB-II)
- 3- Siklotimik bozukluk
- 4- Madde veya ilaç kullanımına bağlı bipolar bozukluk
- 5- Diğer tıbbi durumlarla ilişkili bipolar bozukluk
- 6- Tanımlanmış bir diğer bipolar ve ilişkili bozukluk
- 7- Tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluklar

BB-I bozukluğu tanısı koyabilmek için, en az bir mani dönemi tanı ölçütlerinin karşılanması gereklidir. Mani dönemi öncesinde ya da sonrasında diğer duygudurum atakları olan hipomani veya yeğin depresyon dönemleri görülebilir. BB-II bozukluğu tanısı koyabilmek için, o esnada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan hipomani için ve o esnada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan depresyon için tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gereklidir (58).

DSM-5'e Göre Mani Dönemi Tanı Ölçütleri;

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta süreyle (hastaneye yatışı gerektiği durumda herhangi bir süre), neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (veya daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum halinde dördü) belirgin derecede mevcuttur ve olağan davranışlardan önemli ölçüde farklıdır:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış veya büyüklük düşünceleri
2. Uyku ihtiyacında azalma
3. Her zamankinden daha konuşkan olma veya konuşmaya tutma
4. Düşünce uçuşmaları veya düşüncelerin birbirleriyle yarışması
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyaranla kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) veya psikodevinimsel ajitasyon(bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik)
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma veya gereksiz yatırımla yapma)

C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli veya kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.

D. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi sırasında (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvülfiz terapi (EKT)) ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi, bir mani dönemi için, dolayısıyla BB-I bozukluğu tanısı için yeterli bir kanıttır (58).

DSM-5'e Göre Hipomani Dönemi Tanı Ölçütleri;

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurum ve etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan duygudurum var ise dördü) sürmüştür, bunlar olağan davranışlardan önemli değişiklik ve belirgin derecede olmuştur:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış veya büyüklük düşünceleri
2. Uyku ihtiyacında azalma
3. Her zamankinden daha konuşkan olma veya konuşmaya tutma
4. Düşünce uçuşmaları veya düşüncelerin birbirleriyle yarışması
5. Dikkat dağınıklığı olduğu bildirilir veya öyle olduğu gözlenir
6. Amaca yönelik etkinlikte veya psikodevinimsel ajitasyon
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz yatırımlar yapma).

C. Bu dönemde, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevselliğinde belirgin bir farklılık görülür.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğün dokunmaması için hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem, tanım olarak mani dönemidir.

F. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, EKT) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir hipomani dönemi, bir hipomani dönemi için yeterli bir kanıttır (58).

DSM-5'e göre Majör Depresyon Dönemi Tanı Ölçütleri;

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi mevcuttur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi veya istek kaybı ya da zevk almamadır.

1. Kişinin öznel olarak bildirdiği veya başkalarınca gözlenen, günün büyük bir kısmında, neredeyse her gün olan depresif duygudurumun bulunması
2. Neredeyse her gün, günün çoğunda tüm veya neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da etkinliklerden zevk alamama
3. Çok kilo verme veya kilo alma ya da neredeyse her gün, iştahta azalma ya da artma
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk ya da aşırı uyuma
5. Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon veya retardasyon
6. Neredeyse her gün, yorgunluk ya da enerji azalması
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da suçluluk duyguları
8. Neredeyse her gün, düşünmekte, konsantre olmakta güçlülük çekme ya da kararsızlık
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), yineleyici intihar düşünceleri, girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama

B. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir tıbbi durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: Önemli bir kayıp (örn. yas, maddi çöküntü, doğal afet sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yeti yitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uyuyamama,

iştahta azalma ve kilo kaybı gibi belirtiler olabilir ve bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler yaşanan yitime göre uygun bulunabilse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durumda karar, kişiden alınan hikayenin ve yitim bağlamında yaşanan acının kişinin kültürel ölçülerine göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir (58).

DSM-IV'de karma dönem, manik ve depresif belirtilerin bir hafta boyunca aynı anda var olması olarak tanımlanmıştı ve klinik olarak nadir görülen bir durumu temsil ediyordu. Ancak, DSM-5'te karma dönem tanımı kaldırıldı ve bunun yerine manik, hipomanik ve depresif dönemler içinde karma özellikler tanımlandı. Bu zellikler, karşı uçtaki belirtilerden en az üçünün bir dönem boyunca görülmesi gerektiği şeklinde belirlendi (59).

DSM-5'e göre ek belirtiler varsa uygun kodlarla belirtilmelidir. Bu ek kodlar; bunaltı/sıkıntı, karma özellikli, hızlı döngülü, melankolik özellikli, atipik özellikli, duygudurumla uyumlu veya uyumsuz psikoz özellikli, katatoni ile giden, peripartum başlayan ve mevsimsel örüntü gösteren alt tipler olarak belirtilmiştir.

2.1.6. Klinik Seyir ve Prognoz

Bipolar bozukluk, mani/hipomani ve depresyon dönemlerinin bireysel değerşkenlik gösterdiği, iyileşme ve nkslerle seyreden kronik bir tabloya sahiptir (23). Ortalama başlangıç 25 yaşında görülür ve Türkiye'de yapılan araştırmalarda 23.8-27.7 arasında bulunmuştur (34). Başlangıç yaşı 50 üzerinde olan hastalar geç başlangıçlı BB kabul edilir ve organik sebepler araştırılmalıdır (60). İlk ataktan itibaren ortalama beş yılda BB tanısı alınırken, ilk atak depresyon ise bu sürenin uzayabildiği gösterilmiştir (61).

BB'da sıklıkla ilk atak depresyondur ve genelde depresif ataklar hastalık seyri süresince mani/hipomaniden çok daha uzun sürer. Bir ataktan sonra bir yıl içinde yineleme ihtimalinin %50'ye, dört yıl içinde %70'e, beş yıl içinde %90'lara ulaşabileceği bildirilmiştir (62). Depresif dönemler sinsi ve genelde n belirtilerle başlarken mani ani

olarak başlar (13). Hastaların mani/hipomani dönemlerini hatırlamamaları veya bu dönemin patolojik olduğunu düşünmemeleri ve hafızanın depresyondayken etkilenmesi gibi sebeplerden dolayı sıklıkla unipolar depresyon düşünülerek yanlış tanı alır (63,64). Bipolar depresyon, unipolar depresyona kıyasla daha atipik depresif belirtilere sahiptir ve bu belirtiler ilk tanıyı kolaylaştırabilir, erken müdahaleyi sağlayabilir, tedavi seçimine yardımcı olarak yeti yitimini azaltabilir (65). Erken başlangıç yaşı, psikotik belirtiler, postpartum depresyon, postpartum psikoz, aile öyküsü, antidepresanla indüklenen mani belirtileri, psikomotor yavaşlama, melankolik belirtiler, aşırı uyku veya iştah artışı gibi atipik belirtiler bipolar bozukluk lehine değerlendirilerek unipolar depresyondan ayrımı yapılabilir (66,67).

Hastaların çoğunun hem depresyon hem mani dönemleri yaşadığı, %10-20'sinin sadece mani dönemleri yaşadığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Manik dönem tipik olarak hızlı başlar, tedavi edilmezse yaklaşık üç ay sürebilir ve tek bir manik dönem yaşayan kişiler %90 oranında başka bir manik dönem daha yaşar. Hastalık ilerledikçe, ataklar arasındaki süre genellikle azalır (68). Hastaların %20-25'inde mevsimsellik, 20%sinde hızlı döngülülük görüldüğü bildirilmiştir (23).

Önceden tam remisyon olarak kabul edilen dönemlerde bile, sonraki gözlemler ve çalışmalar hastalığın seyrinde eşik altı belirtilerin sıkça görüldüğünü ve depresif belirtilerle uzun süre devam eden bir dönem olduğunu ortaya koymuştur (69).

Ek psikiyatrik veya diğer tıbbi hastalıkların olmaması, atak sürelerinin kısa olması, intihar düşüncesi/girişimi olmaması, tedavi uyumu olması, manik polaritesi dominant olması ve ileri başlangıç yaşı iyi prognostik belirteç sayılmaktadır. Erkek cinsiyet, psikotik belirti varlığı, erken başlangıç, atak aralarında eşik altı semptom varlığı, alkol/madde kötüye kullanımı, intihar girişimleri, hızlı döngülü olması, karma belirtiler olması ve komorbid kişilik bozukluğu olması kötü prognostik seyir olabileceğini düşündürmektedir (23,70). BB'da sık saptanan özellikle çocukluk çağında yaşanan travmatik öykü varlığının prognozu kötü etkilediği, tedavi yanıtının daha kötü olduğu, daha erken yaşta başlangıç ve

atak sayısında artışla ilişkili olduğunu, intihar girişimi ve alkol/madde kötüye kullanım riskinin arttığı gösterilmiştir (71–73).

BB tanısı olan kişilerde anksiyete, madde kullanımı, kişilik bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi yüksek oranda psikiyatrik eştanılar ve genel topluma göre daha yüksek oranda kronik tıbbi eştanılar gözlenmektedir (3,74).

BB hastaları ile yapılan birçok çalışmada dissosiyasyonun sağlıklı kontrollere göre daha yüksek düzeyde olduğu gösterilmiştir (75). BB ve dissosiyasyon, her ikisi de erken çocukluk travması, anksiyete belirtileri ve nörobiyolojik temeller (örneğin, amigdala ve diğer limbik yapılar) ile ilişkilendirilmiştir. Yakın dönemde BB tanılı hastalarda dissosiyatif yaşantılarda artış raporlanmasından dolayı bu iki hastalık arasındaki olası ilişkileri daha iyi anlayabilmek için daha fazla araştırılması gerekliliği gösterilmiştir (10).

BB tanısı olan bireylerde ortalama ömrün tanı almayanlara göre kısa olduğu ve bu durumun hem doğal hem de doğal olmayan ölüm sebepleri göz önüne alındığında mortalite riskinin iki kat arttığı belirtilmiştir. Kardiyovasküler hastalıklar, intihar ve kanser, bu hastalarda en sık görülen ölüm sebepleri olarak rapor edilmiştir. İntihar girişimlerinin depresif dönemlerde daha sık gerçekleştiği ve hastalığın ilerleyen evrelerinde daha ciddi boyutlara ulaştığı da vurgulanmıştır (76,77).

Günümüz nöropsikiyatrisi, hastalıktan kurtulmayı ve bir kişinin toplumda maksimum işlevsellikle tatmin edici bir yaşam sürmesini hedefler. Bu hedefler için bilimsel çalışmalarla fayda göstermiş olan farmakoterapi, psikoterapi ve çeşitli psikososyal yöntemler kullanılır (78).

BB tedavisi için 15'ten fazla onaylı tedavi seçeneği olmasına rağmen, tedavi yanıtları çoğu zaman yetersiz etkinlik, yetersiz erişim ya da yan etkiler sebebiyle suboptimaldır. İlk onay alan ve halen günümüzde en etkili ilaç olmaya devam eden ilaç lityumdur. Farklı dönemlerde ve değişkenlik gösterebilen semptomlarda etkili tedavi sağlayabilmek için sıklıkla kombinasyon tedavisi ve psikoterapi gerekebilir (79). BB tedavisinde lityum dışında antiepileptikler, antidepresanlar, antipsikotikler

kullanılmaktadır. Özellikle dirençli depresif vakalarda EKT tercih edilebilecek bir seçenektir (80). BB tedavi edilmezse intiharla ölüm oranı yaklaşık %15 olarak bildirilmiştir (30).

2.2. MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK

2.2.1. Tanım

Depresyon kelimesi, Latince kökenli "*depressus*"tan gelir ve duygusal düşüşü, motivasyon eksikliğini ve yaşam aktivitelerinde azalmayı ifade eder. Depresyon, çöküntü, içsel keder, isteksizlik, keyif alamama, işlevsellikte azalma gibi duygusal deneyimlerle karakterize edilen bir durumdur. İş, sosyal ve günlük aktivitelerde oluşturduğu bireysel yeti yitimi yanında, toplumsal anlamda da hem işlevsellik hem de maddi açıdan ciddi bir yük taşımaktadır (81).

2.2.2. Tarihçe

Antik çağlarda, Eber papirüsünde, Kral Saul'un öyküsünde, Homeros'un İlyada'sında depresyona benzer tabloların varlığı görülmektedir (23). Melankoli kelimesini ilk kez Hipokrat tanımlamış, Galen ise melankoliyi, hayattan hoşnutsuzluk, korku hali, başkalarına duyulan nefret şeklinde tariflemiştir. 'Tıbbın İlkeleri' eserinde İbni Sina, beyindeki bozulmaların ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olabileceğini öne sürmüş ve melankoli ile maniden bahsetmiştir. 21. Yüzyılda teknolojinin gelişmesi ve bilgi birikiminin artışı ile depresyonun fizyolojik temelleri daha net açıklanmaya başlanmıştır (82).

2.2.3. Epidemiyoloji

Yapılan çalışmalar, depresyonun hayat boyu yaygınlığı (prevalansı) en yüksek ruhsal hastalık olduğunu ve yaygınlığının giderek arttığını göstermektedir. MDB'un hayat boyu yaygınlığı %16.2, 12 aylık yaygınlığı ise %6,6 olarak bildirilmiştir (23). Avrupa Birliğine göre gelecekte en fazla yeti yitimine sebep olan hastalığın depresyon olacağı ve bütün beyin hastalıkları arasında en maliyetli hastalıklardan biri olacağı öngörülmektedir (83).

MDB herhangi bir yaşta görülebilir ve başlayabilir. Çoğu çalışmada yakın sonuçlar elde edilmiş ve genel olarak orta yaşta sık görülen bir hastalık olduğu düşünülmektedir (81). Araştırmalar MDB yaygınlığı sıklığının 25-44 yaşlarında arttığını, kadınlarda erkeklere kıyasla yaklaşık iki kat daha fazla olduğunu ve yaş ilerledikçe bu farkın azaldığını göstermektedir. Depresif bozuklukların hayatları boyunca kadınların %20-26'ını, erkeklerin ise %8-12'sini etkilediği saptanmıştır (84). İlk ulusal temsilcilik gösteren, 1998'de yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması ile kadınlarda %5.4, erkeklerde %2.3 genel ortalama %4 oranında depresif nöbet yaygınlığı raporlamıştır (82).

Çalışmalar, depresyon riskinin medeni durumla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bekarlar, ayrı yaşayanlar, dul ve boşanmış kişiler evli olanlara göre daha yüksek MDB riski taşımaktadır. Hiç evlenmemiş bireylerde ise boşanmış ve dullara göre MDB riski daha düşüktür. Birçok araştırmada, MDB ile düşük gelir sahibi olma veya işsiz olma arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (81).

2.2.4. Etiyoloji

Depresyon biyolojik değişkenler, genetik yatkınlık, çevre etkileşimi gibi çeşitli faktörlerden dolayı ortaya çıkan biyopsikososyal bir bozukluktur. Depresyon birinci derece akrabalarda genel popülasyona göre yaklaşık iki üç kat daha fazla görülür, bu da kalıtımın rolünü vurgular (%31-42 arası kalıtım oranı). Özellikle serotonin taşıyıcı genin kısa aleli olan bireylerde olumsuz çocukluk deneyimleri depresyon ve intihar riskini artırabilir, bu durum genetik ve çevresel etkileşimlerin bir sonucudur. Tekrarlayan ve erken yaşta başlayan depresyonda genetik yükün daha fazla olduğu düşünülmektedir (85).

Monoamin hipotezine göre, depresyon gelişiminde sinir sistemindeki serotonin, noradrenalin ve dopamin sistemlerinde nörotransmitter eksikliği ve postsinaptik reseptörlerde upregülasyon ile reseptör işlev bozuklukları etkilidir. Bunlara ek GABA, BDNF, P maddesi, TRH, CRF, leptin, somatostatin, asetilkolin gibi pek çok nörotransmitterin de rolü olduğu gösterilmiştir (86). En çok çalışılan serotenerjik sistemdir,

uyku, iştah, vücut ısısı, psikomotor aktivite, ağrı ile ilişkilidir ve hastaların BOS'ında sağlıklılara göre daha düşük saptanmıştır (87).

MDB gelişiminde hipotalamus-hipofiz-adrenal bez (HPA) ve hipotalamus-hipofiz-tiroid bezi (HHT) aksları ile büyüme hormonu sisteminin rol oynadığı düşünülmektedir. Depresif hastaların HPA aks hiperaktivitesi birçok çalışmada gösterilmiştir. Yüksek glukokortikoid seviyeleri ise nöroenezisi baskılayarak ve hipokampal atrofiye yol açarak depresyon belirtilerine sebep olabilir. Depresyon tanılı hastalarda kortizol seviyelerinin yüksek olması ve deksametazon supresyon testinin etkili olmaması da HPA aksının depresyon üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir (81). Hipotalamus-hipofiz-tiroid aksının incelenmesi sonucunda yüksek tiroid stimüle edici hormon (TSH) düzeyleri ve subklinik hipotiroidi saptanmıştır. Bu durum, tiroid serbestleştirici hormon (TRH) uyarımıyla artan TSH yanıtının depresyon ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (88).

Depresyon tanılı hastalarda kolesistokinin, histamin, nöropeptid Y, melatonin, lüteinizan hormon (LH), folikül uyarıcı hormon (FSH) ve testosteron düzeylerinin araştırıldığı ve bu faktörlerin depresyon mekanizmalarında rol oynayabileceği öne sürülmüştür; ayrıca, büyüme hormonu salınımının da azaldığı gözlemlenmiştir (23).

Depresyonun psikanalitik perspektifine göre temelinde gerçek ya da gerçek olmayan bir yitim duygusu yatar. Bu durumda, bilinçdışında sevgiyle kin gibi ambivalan duygular egemendir. Depresyon tanılı bireylerde, içe atılmış sevgi nesnesini kaybettiği algısı süperego tarafından içselleştirilerek özsaygı düşüşüne sebep olur. En sık kullanılan savunma düzeneklerinden biri içe atmadır ve benlik değerinde azalma meydana gelir, birey kendisini suçlu hisseder, olumsuz duygularını dış dünyaya değil kendisine yöneltir. Bu psikanalitik bakış açısında, depresyon "içe döndürülmüş öfke" veya "kendine karşı saldırganlık" olarak tanımlanır (23).

A.T. Beck ve arkadaşlarına göre depresyon, bir duygudurum bozukluğu değil bilişsel bir bozukluktur. Depresyona yatkın kişilerde erken yaşlardan itibaren gelişen olumsuz benlik, gelecek ve dünya algıları görülür. Bu algılar, olumsuz hayat olaylarıyla

etkileşime girerek aşırı genelleme ve felaketleştirme gibi düşünce hatalarını tetikler. Bu süreç, hatalı bilgi işleme sürecine yol açarak depresif belirtilerin artmasına sebep olur (89).

Davranışçı görüşe göre, üstesinden gelinebilen geçmiş hayat olaylarının öğrenilmiş davranış kalıplarına sebep olur ve bu kalıplar da depresyonu tetikler. Bu görüş depresyonu, Martin Seligman ve arkadaşların geliştirdiği öğrenilmiş çaresizlik ve Lewinsohn'un geliştirdiği pekiştirme modelleri ile açıklar (90).

2.2.5. Tanı ve Sınıflandırma

DSM-5, major depresif bozukluğu (MDB) tek bir depresyon dönemi veya tekrarlayan depresyonlar olarak sınıflandırmaktadır ve bu sınıflandırma şiddete göre hafif, orta ve ağır olarak yapılmaktadır. MDB'nin seyir özellikleri (hafif, orta, ağır, psikotik özellikli, kısmi düzelme, tam düzelme, belirlenmemiş) ve belirtileri (bunaltılı, karma, melankolik, atipik, mevsimsel, katatonik, duygudurumla uyumlu ve uyumlu olmayan psikotik özellikli ile peripartum başlangıçlı gibi) çeşitli belirleyicilerle tanımlanmıştır (27).

DSM-5'e göre Majör Depresyon Bozukluğu Tanı Ölçütleri;

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi mevcuttur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi veya istek kaybı ya da zevk almamadır.

1. Kişinin öznel olarak bildirdiği veya başkalarınca gözlenen, günün büyük bir kısmında, neredeyse her gün olan depresif duygudurumun bulunması
2. Neredeyse her gün, günün çoğunda tüm veya neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da etkinliklerden zevk alamama
3. Çok kilo verme veya kilo alma ya da neredeyse her gün, iştahta azalma ya da artma
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk ya da aşırı uyuma
5. Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon veya retardasyon
6. Neredeyse her gün, yorgunluk ya da enerji azalması
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da suçluluk duyguları

8. Neredeyse her gün, düşünmekte, konsantre olmakta güçlölük çekme ya da kararsızlık
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), yineleyici intihar düşünceleri, girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama
- B. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir tıbbi durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Yeğın depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk veya şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
- E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.
- Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz

2.2.6. Klinik Seyir ve Prognoz

Depresyonun tekrarlayıcı ve süregelenleşme riski bulunan bir hastalık olduğu klinik çalışmalarda gözlemlenmiştir. Bu hastaların %75-95'i hayatlarında en az bir kez tekrar depresyon atağı geçirme ihtimaline sahiptir. Her bir depresyon atağı, sonraki atakların ortaya çıkma süresini kısaltma ve belirtilerin daha şiddetli olmasına sebep olma eğilimindedir. Depresyonun tekrarlanma olasılığı ilk ataktan sonraki ilk yıl içinde en yüksektir. Hastaların %15'i sadece bir atak yaşarken, ilk ataktan sonra ikinci atak yaşama olasılığı %50, üç atak yaşayanların ise dördüncü atak yaşama olasılığı %90 civarındadır (91).

Olumlu prognostik faktörler arasında, düşük belirti şiddeti, kısa yatış süresi, ek ruhsal bozuklukların veya psikotik belirtilerin olmaması, ileri başlangıç yaşı ve aile öyküsü yokluğu sayılabilir. Eşlik eden başka ruhsal bozuklukların varlığı, alkol/madde kötüye kullanımı, aile öyküsü, çocukluk çağı travması, erkek cinsiyet, tedavi uyumsuzluğu ve geçmiş depresyon öyküsü kötü prognostik faktörler olarak sayılmaktadır (23).

MDB’da komorbid diğ er ruhsal bozukluklara sık rastlanmakta olup, en yüksek birliktelik %75 oranıyla anksiyete bozuklukları ile görülmektedir. Birçok fiziksel hastalıkla da ilişkisi saptanmakta ve kötü prognostik faktör olarak değerlendirilmektedir (82).

Erken yaş başlangıçlı MDB, sık tekrarlamaya riski, uzun süreli hastalık dönemleri, daha fazla intihar düşüncesi ve davranışı ile ilişkili bulunmuştur. Depresyonda artmış intihar riski ve diğ er rahatsızlıklarla ilişkisi, beklenen yaşam s resinde kısalmaya sebep olmaktadır (92).

2.3. DISSOSİYATİF BOZUKLUK

2.3.1. Tanım

Dissosiyasyon, ayrışma,     lme ya da bölünme gibi kelimelerle ifade edilebilir. Ruhsal anlamda ise, bilinç, hafıza, kimlik, algılama ve emosyonel bütünlük gibi normal şartlar altında koordineli işlev gösteren mental süreçlerin sürekli liğindeki bozulmayı tanımlamak amacıyla kullanılır (93). Dissosiyatif yaşantı, normal fizyolojik bir deneyimden patolojik bir dissosiyasyona kadar geniş bir spektruma sahiptir (10).

2.3.2. Tarihçe

Dissosiyasyonun ilk teorik açıklamasını Pierre Janet 19.yy sonlarında histeri üzerine yaptığı tanımlayıcı ve teorik açıklamalar sırasında yapmıştır. Janet, dissosiyasyonun strese yanıt olarak ortaya çıktığını, fakat genetik yatkınlığa da bağlı olarak kişinin dissosiyasyonu patolojik boyutta yaşayabileceğine inanmıştır. Janet ve Freud histeri ve hipnoz arasında yakın bir ilişki olduğuna inanıyorlardı. Fakat dissosiyasyon ve histeri arasındaki bağlantının altında yatan mekanizma net bir şekilde açıklanamamıştır. Hipnotize olabilen kişilerin, terapötik ya da kültürel önerilere daha duyarlı olabileceğı, stres altında savunmacı şekilde dissosiyeye olma eğiliminin olabileceğı  ne s r lm ştur. Bu konu Bliss, Spiegel, Sachs, Hilgard gibi pek çok araştırmacının dikkatini çekmiştir (94). Ross ise dissosiyasyonun, sadece histeri ile ilişkili olmadığını, günlük yaşamda karşılaşılan ‘konuşmada kopma’, ‘geçici yabancılaşma hissi’, ‘otoyol hipnozu’, ‘gündüz d ş kurma’ gibi durumları da içinde bulundurduğunu savundu (95).

Geçmişte dissosiyasyonun histerik belirtilerdeki rolü öne çıkmış olsa da, modern bakış açısında bu önem giderek azalmıştır. Histerinin somatik ve zihinsel bileşenleri ayrı ayrı incelenmeye başlanmış ve bu sayede dissosiyasyon, konversiyon ve somatizasyon tanımları arasında net bir ayrım yapılmaya başlanmıştır. Ancak dissosiyasyonun tarihsel ve klinik kökeni sebebi, bütün bu hastalıkların altında yatan bir sürecin olabileceği unutulmamalıdır (96).

2.3.3. Epidemiyoloji

Dissosiyatif belirtiler, hem normal hem de psikiyatrik popülasyonlarda sıkça görülmektedir; ancak bu belirtilerin yaygınlık oranlarını belirlemek tutarsız tanımlamalar ve değişken zaman çerçeveleri kullanımı sebebiyle zor olmaktadır. Araştırmacı Lochner'in yürüttüğü çalışmada her beş bireyin yaklaşık dördü yaşamlarının en az bir döneminde dissosiyatif bir deneyim tariflemiştir (97).

Epidemiyolojik araştırmaların incelendiği bir derlemeye göre, bu belirtilerin ömür boyu yaygınlık oranı %26 ile %74 arasında değişmektedir ve travmatik bir olay sırasında %31 ile %66 arasındadır. Nüfus tabanlı araştırmalar, klinik olarak anlamlı depersonalizasyon(DP) / derealizasyon(DR) yaygınlık oranlarının genellikle %1-2 aralığında olduğunu ortaya koymaktadır (98). Toplum tabanlı araştırmalarda DB görülme sıklığı %8,6-18,3 arasında saptanmıştır. DKB görülme sıklığı ise %1,1-3,1 arasında gözlenmiştir (95,99). Türkiye'de nüfus genelinde dissosiyasyon yaygınlığını araştıran bir çalışmada katılımcıların %1.7'sinde dissosiyatif bozukluk olduğu ve DKB prevalansının minimum %0.04 olduğu saptanmıştır (100).

Psikiyatrik tanısı olan hastalarla yapılan araştırmalarda ise DB oranının %4,3-40,8 arasında görüldüğü, DKB oranının ise %0,9-7,5 arasında olduğu raporlanmıştır (101–103). Sadece kadın katılımcıların dahil edildiği Sivas ilinde yapılan bir araştırmada ise hayat boyunca tespit edilen prevalansın %18 olduğu gösterilmiştir (104). Klinik örneklemelerde DB kadınlarda daha fazla görülmekle birlikte, toplum genelinde cinsiyetler arasında fark görülmemektedir (105).

Çalışmalarda, dissosiyatif bozukluğu olan bireylerin sadece %28,7'si daha önce psikiyatrik tedavi aldığı gösterilmiştir. Bu durum, toplumda dissosiyatif olguların çoğunun tanınmadığı ve tedavi edilmemiş olduğunu göstermektedir (104).

2.3.4. Etiyoloji

Dissosiyatif bozuklukların çoğu için en iyi tanımlanmış ve muhtemel sebep, özellikle erken çocukluk döneminde yaşanan travmatik deneyimlerdir. Bu bozukluklara sahip bireylerin sadece %8'i erken çocukluk döneminde tanı alabilmiştir; bu durum, yetişkinlikte semptomların kronikleşmesinin önemli bir sebebidir. Çocukluk dönemi cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal istismar, savaş, doğal afet dissosiyatif bozukluk tanısı için önemli belirleyiciler olarak tespit edilmiştir (23,104). Travmatik stres, zihinsel bütünlüğü bozarak bireyleri bilinçli farkındalıktan uzaklaştırabilen belirli deneyimlere sebep olabilir. Dissosiyatif bozukluk tanısı konmuş bireylerin çoğunda, çocukluk çağı travması yaklaşık %90 oranında gözlemlenir (106).

Teorisyenler, dissosiyasyonu, travmatik yaşantılardan kaynaklanan kabul edilemez psişik ve fiziksel acıları uzak tutmak için kullanılan bir savunma mekanizması olarak tanımlamışlardır. Bazı araştırmacılar ise dissosiyasyonun, travmatik yaşantılar sırasında ortaya çıkan ölüm veya kontrol kaybı korkusuna yanıt olarak geliştiğini savunmaktadır (107).

Genellikle dışsal olaylar, travmalarla tetiklenen bir savunma mekanizması olan çözülme düzeneği; düşünce ve duyguların olaylardan ve yaşantılardan ayrılarak, bağımsızlaşarak ve otomatikleşerek benliği etkilediği bir süreçtir. Bir kez aktive olan çözülme daha sonra içsel arzular tarafından da etkinleştirilebilir (96).

Dissosiyatif eğilimler, hipnotizabilite, hayal gücüne yatkınlık ve deneyime açıklık gibi kişilik özellikleriyle hafifçe ilişkilendirilse de kişiliği psikopatoloji ile ilişkilendiren daha karmaşık modeller daha uygun olabilir (94). Nörogelişimsel açıdan bakıldığında,

erken travmatik deneyimlerin merkezi sinir sistemi olgunlaşmasını etkileyerek dissosiyatif belirtilere zemin hazırlayabileceği düşünülmüştür (23).

Amnezi sıklıkla ağır bir psikososyal stres ile başlar. Altta yatan genetik etkiler bilinmemekle birlikte, beyin görüntüleme çalışmaları organik amnezi bozukluklarında benzer bulgular ortaya koymaktadır. Depersonalizasyon/derealizasyon ile çok sayıda nörotransmitter sistemi ilişkilendirilmiştir. Glutamat-NMDA reseptör antagonistleri, kannabinoidler, psikedelikler ve opioid reseptör agonistleri depersonalizasyona sebep olabilir (4).

Öne sürülen hipotezlerden birine göre, deneyime bağlı olgunlaşan orbital frontal korteksin erken istismar ortamlarında, bebek ile bakıcı arasında kopukluğa sebep olduğu dolayısıyla çocuğun benlik temsillerinin çatışan alt tipleri arasında lateral inhibisyon deseni oluşturarak bütünlük bir benlik yerine ayrık benlik temsilleri geliştirmesine sebep olabilir (108).

Beyin görüntüleme çalışmaları, dissosiyatif kimlik bozukluğu olan hastalarda normal kontrol gruplarına göre hipokampus ve amigdalanın küçük olduğu ve bu durumun dissosiyasyon ve parahipokampal bölgedeki küçülme ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (109,110).

Dissosiyasyon ile bazı diğer psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki, olası ortak patofizyolojik veya etiyolojik faktörlerin varlığını düşündürmektedir (104).

2.3.5. Tanı ve Sınıflandırma

Dissosiyatif bozukluklardan ilk kez 1980 yılında yayınlanan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DMS-III)'de bahsedilmiştir, ancak o zaman için tartışmalı ve ölçülmesi zor olarak tariflenmiştir. DSM 5'te DSM-4'de bulunan dissosiyatif füğ tanımı amnezi tanısına dahil edilmiş ve DSM-5'te dissosiyasyon bozuklukları; dissosiyatif kimlik bozukluğu, dissosiyatif amnezi, kendine yabancılaşma (depersonalizasyon)(DP) / gerçekdışılık (derealizasyon)(DR) bozukluğu, tanımlanmamış

dissosiyasyon bozukluğu ve tanımlanmış diğer bir dissosiyasyon bozukluğu alt başlıkları ile kategorize edilmiştir (5,25).

DSM-5'e göre Kimlik Çözülmesi Bozukluğu Tanı Ölçütleri;

A. İki ya da ikiden fazla ayrı kişilik durumları ile belirli kimlik bölünmesi. Bu durum, bazı kültürlerde cin çarpması olarak tanımlanır. Kimlikteki bölünme, kendilik duygusunda ve davranışlarını kontrol etme algısında belirgin bir kesintiye içerir ve bilinç, bellek, duygusal, davranışsal, algısal, bilişsel ve/veya duyuşsal-motor işlevsellikte bu kesintiye bağlı değişiklikler bulunur. Bu semptomlar ve bulgular, başkaları tarafından gözlemlenebilir veya kişi tarafından bildirilebilir.

B. Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak şekilde, günlük olayları, önemli bireysel bilgileri ve/ya da travmatik olayları anımsarken tekrarlayıcı boşluklar olması.

C. Belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle alakalı alanlarda veya önemli başka işlevsellik alanlarında işlevsellikte azalmaya sebep olur.

D. Bu bozukluk, genel kabul gören kültürel ya da dini bir uygulamaya ait değildir.

Not: Çocuklardaki belirtiler imgesel oyun arkadaşları veya başka düşlemsel oyunlarla daha iyi açıklanamaz.

E. Belirtiler, bir maddenin (örn. alkol etkisi altındayken ortaya çıkan bilinç kararmaları veya davranış kargaşaları) ya da farklı bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel katılmalar) fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

DSM-5'e göre Unutkanlık Çözülmesi (Dissosiyatif Amnezi) Tanı Ölçütleri;

A. Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir şekilde, çoğunlukla örseleyici ya da gerginliği tetikleyici nitelikte, kişisel öyküsüyle ilgili bilgileri hatırlayamama.

B. Belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya toplumsal, işle alakalı alanlarda veya önemli başka işlevsellik alanlarında işlevsellikte azalmaya sebep olur.

C. Belirtiler, herhangi bir maddenin ya da nörolojik bir durumun ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, kimlik çözülmesi bozukluğu, travma sonrası gerginlik bozukluğu, akut stres bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu gibi başka bir psikiyatrik veya nörobilişsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

Kaçış çözülmesi (Füg) ile birlikte: Kimliğini veya önemli kişisel bilgilerini unutmanın eşlik ettiği, amaçsızca dolaşma veya şaşkın bir biçimde gezinti.

DSM-5'e göre Kendine Yabancılaşma (Depersonalizasyon)/ Gerçekdışılık (Derealizasyon) Çözülmesi Tanı Ölçütleri;

A. Sürekli ya da tekrarlayıcı, kendine yabancılaşma, gerçekdışılık yaşantıları ya da her ikisinin birlikte olduğu yaşantıların varlığı:

1. Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Bireyin düşünceleri, duyguları, duyumları, bedeni veya eylemleriyle ilgili olarak gerçeklikten kopma, kendinden uzaklaşma veya dışarıdan bir gözlemci gibi hissetme deneyimleri (örneğin, algısal değişiklikler, zamanın değişken algısı, kendilik duygusunun gerçekdışılığı veya yokluğu, duygusal veya bedensel uyuşma).

2. Gerçekdışılık (derealizasyon): Çevredeki insanlar veya nesnelerle ilgili olarak gerçeklikten uzaklaşma veya kopukluk deneyimleri yaşanır (örneğin, insanlar veya nesneler gerçekdışı, hayali, belirsiz, cansız veya görsel olarak bozulmuş olarak algılanır).

B. Bu belirtiler sırasında gerçeği değerlendirme korunmuştur.

C. Belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli başka alanlarda işlevsellikte azalmaya neden olur.

D. Bu bozukluk, herhangi bir maddenin veya başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

E. Bu bozukluk, şizofreni, panik bozukluğu, majör depresyon bozukluğu, akut stres bozukluğu, travma sonrası gerginlik bozukluğu ya da başka bir çözülme bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz.

DSM-5'e göre Tanımlanmış Diğer Bir Çözülme Bozukluğu Tanı Ölçütleri;

1. Karışık çözülme belirtileriyle giden süreğen ve tekrarlayan sendromlar: Bu kategori, kimlik bütünlüğünde belirgin bir süreklilik eksikliği veya amnezi olmayan durumlarda

ortaya çıkan kimlik değişikliklerini veya zaman zaman kişinin kendini tanıyamadığı deneyimleri içerir.

2. Uzun süreli ve yoğun bir biçimde baskı altında tutularak inandırılmaya bağlı kimlik bozukluğu: Aşırı baskı altında kalarak yönlendirilen kişiler (örn., beyin yıkama, zihin kontrolü, uzun süreli tutsaklık, işkence, siyasi tutsaklık, tarikatlara veya terör örgütlerine katılma gibi durumlar), uzun vadeli kimlik değişiklikleri veya bilinçli bir şekilde kimliklerini sorgulama durumları gösterebilirler.

3. Gerginlik yaratan olaylara bağlı akut çözülme tepkileri: Bu kategori, kimi zaman yalnızca birkaç saat ya da gün süren, bir aydan daha kısa süreli, gelip geçici, akut durumlar içindir.

4. Çözülme esrimesi (trans): Bu durum, çevresel uyarılara derin bir tepkisizlik veya duyarsızlıkla kendini gösterir ve yakın çevreyi tam olarak veya kısmen ayırt edememe durumuyla karakterizedir. Bu tepkisizlik sırasında kişi, küçük ve kontrol edemediği basmakalıp hareketler (örneğin, parmak hareketleri) yapabilir veya geçici paralizi veya bilinç kaybı yaşayabilir. Çözülme esrimesi, genel kabul gören kültürel veya dini bir uygulamanın bir parçası değildir.

2.3.6. Klinik Özellikler

Dissosiyasyonu anlamak için çok boyutlu bir yaklaşım gerekir; Steinberg'e göre, amnezi, depersonalizasyon, derealizasyon, kimlik konfüzyonu ve kimlik değişimi olmak üzere beş temel dissosiyatif belirti vardır, bu belirtiler dissosiyatif bozukluğu olan hastalarda farklı profiller gösterir. Bu belirtiler SCID-D ile değerlendirilebilir (111).

Dissosiyatif kimlik bozukluğunun temel belirtileri, kişilik ve bellekle ilgilidir. Aynı kişide birlikte var olan ve birbirinin yerini alan farklı kişilik durumları, sürekli olarak devam ederken tekrarlayan bellek boşlukları da görülür. Alter kişilikler, yineleyici bir şekilde denetimi ele geçirir ve kendi algıladıkları kimlik ve temsili doğrultusunda davranış gösterirler. Bu alterler, çeşitli fizyolojik, davranışsal ve psikolojik özelliklerde belirgin farklılıklar gösterebilir, ancak bazı durumlarda birlikte var olabilirler. Hasta, genellikle kronik distimi (uzun süreli düşük düzeyde depresif duygular) yaşayan "ev sahibi kişilik" ile günlük yaşamının çoğunu geçirir. Bu ana kişilik zaman zaman majör depresyon atakları

da yaşayabilir. Farklı alter kişilikler arasındaki etkileşimler ve kesişimler, hastanın ikinci klinik belirtilerinin kaynağı olabilir. Bu belirtiler arasında işitsel varsanılar (sesler duyma), farklı kişiliklerin hissedilmesi veya hayali arkadaş olarak algılanması gibi durumlar bulunabilir.

DKB tahmin edilenin aksine örtülü bir tablodur ve hastalar belirtilerini utanç ve içsel korkularından dolayı gizlemeye eğilimlidir. Amneziler ve alter kişilikler genellikle ilk görüşmelerde fark edilmez, ancak sonraki görüşmelerde ortaya çıkabilir. Dissosiyatif kimlik bozukluğu ve benzeri durumlarda sık görülen başvuru biçimleri şunlardır: Kronik, dirençli depresyon ("dissosiyatif depresyon"), dirençli işlevsel nörolojik (konversif) belirtiler (somatik görünüm), borderline kişilik bozukluğu görünümü (bağlanma problemleri), eşikaltı bipolar bozukluk görünümü (duygusal disregülasyonu), tekrarlayan intihar girişimleri ve kendine zarar verme (dürtüsel görünüm), flaşbeklere bağlı dissosiyatif psikoza krizler (akut belirtiler). Bir alter kişiliğin, evsahibi kişilik öldüğünde kendi varlığını sürdüreceğine inanması, iç cinayet olarak intiharı kolaylaştırabilirken, kendi cinsiyet ve yaşını ev sahibinden farklı algılaması ise farklılık örneği olarak görülebilir. Alter kişilikler arasında hatırlama olmaksızın birbirine benzer ancak birbirinden farklı kişiliklerin bulunduğu bir yapıda, kimlik dalgalanması yerine amnezi ön planda olabilir (4).

Dissosiyatif amnezi genellikle aniden başlar ve sona erer, ancak bazen yavaş bir başlangıç ve iyileşme süreci gösterebilir. Amnezi genellikle genelleşmiş bir unutkanlık durumundan daha sınırlı bir hal alabilir ve zamanla anı parçaları geri kazanılabilir. Stres faktörleri devam ettiği sürece tekrarlayabilir. Dissosiyatif amnezi sırasında füğ yaşanabilir; bu durumda kişi aniden yerini terk edebilir ve organize ya da dezorganize bir şekilde hareket edebilir. Dissosiyatif amnezinin klinik alt tipleri tanımlanmıştır. Lokalize/ sınırlı alt tip klinik popülasyonlarda en sık görülendir ve belirli bir zaman içerisinde, genellikle sarsıcı bir olayı izleyen birkaç saat süresince olanların hiçbiri hatırlanmamaktadır. Seçici amnezide, belirli bir zaman dilimindeki bazı olaylar hatırlanmamaktadır. Sistemik amnezide ise belirli ve birbiriyle ilişkili bazı olaylar hatırlanmaz. Genelleşmiş tipi nadirdir ve kişi yaşamının bütününe hatırlamaz. Sürekli amnezide ise belirli bir zamandan itibaren

yaşanan olaylar, şu anki olaylar dahil olmak üzere hatırlanmaz, yaşandıktan hemen sonra unutulur (4).

Depersonalizasyon, kişinin gerçeklikten koptuğu, yaşadığı şeyin gerçek olmadığı veya bedeninin bölündüğü, değiştiği veya dışarıdan kendisine bakıyor gibi hissetmesine benzer şekilde tariflenebilir. Kişi, ellerinin veya ayaklarının değiştiğini veya tanıyamadığını söyleyebilir. Bu belirtiler esnasında duygularını ya da yaşadıklarını hissedememe şikayeti de olabilir. Derealizasyon ise kişinin çevresinin gerçek dışı, yabancı veya uzak olduğu hissini olması durumudur. Birey, daha önce yaşamadığı bir olaya veya bilmediği bir yere tanıdıklık yani kısaca *deja vu* veya bu durumun zıttı olan önceden bildiği yeri tanımama veya yaşadığı olayı yaşamamışlık hissi yani *jame vu* durumu yaşayabilir. Bu deneyimler birkaç saat sürebilir ve tekrarlayıcı veya sürekli olabilir. Derealizasyon çoğunlukla depersonalizasyonla birlikte görülür (4,25).

Kimlik konfüzyonu, bireyin kendi kimliği hakkında belirsizlik, çelişki veya kafa karışıklığı yaşamasıyla karakterizedir, sürekli bir iç mücadeleye sebep olabilir. Kimlik değişimi ise objektif davranışlarla belirlenen farklı bir kimliğin edinilmesini ifade eder. Bu durumlar, bazı belirtiler açısından psikoz ile karıştırılabilir, ancak dissosiyatif kimlik bozukluğu olan bireyler, varsanıları, düşünce etkileşimlerini, yaşantıları ve bedensel etkileşimleri dışardan değil, içsel deneyimler olarak algırlar (111).

Ellert Nijenhuis'e göre dissosiyatif yaşantılar; bilinç, bellek ve kimlikle ilişkili semptomları kapsayan psikoform dissosiyasyon ve bedensel belirtilerle ilişkili somatoform dissosiyasyon şeklinde iki alt tipe ayrılır. Somatoform dissosiyasyonda, fenomenolojik olarak tanımlanan bedensel semptomlar, kişilerin tepkileri ve işlevleri entegre etmede eksiklik gösterdiğini yansıtır. Özellikle erken çocukluk çağında travma geçirmiş bireylerde somatoform dissosiyasyon sıkça görülür. Dissosiyatif bozukluğu olan kişiler de genellikle çok sayıda somatoform belirti sergileyebilirler (112,113).

Dissosiyatif bozukluklar ruhsal bozukluklar arasında intihar girişimlerinin en sık yaşandığı bozukluklardan biri olarak bilinmektedir. DB tanısı olan kişilerin çoğunluğu

kendine zarar verme davranışında bulunduğu, %86'sının geçmişte intihar harici kendine zarar verme girişimi olduğu ve %72'sinin intihar girişiminde bulunduğu raporlanmıştır. Çalışmalar, hastaların çoğunun çoğu zaman kendilerine zarar vermelerine sebep olan olayları belirleyebildiğini, sadece %3,20'sinin hiçbir sebep belirleyemediğini ortaya koymuştur (114).

Dissosiyatif bozukluklar için spesifik bir tedavi yöntemi olmamakla birlikte hastalığın özgün belirtilerine göre uygulanabilecek farklı yöntemler mevcuttur. Psikoterapi en sık kullanılan yöntemdir. Bilişsel davranışçı terapi, dissosiyasyonla birlikte görülebilen anksiyete veya depresyon gibi bozuklukları, negatif düşünceler ve davranışları ele alarak tedavi eder. Aile terapisi, şema terapisi, hipnoz ve grup terapisi de uygulanabilen terapiler arasındadır. Terapide amaç farklı kimlik durumlarını tanımak, kabullenmek ve bu kimliklerin ayrışmasına sebep olan türden ruhsal süreçleri tersine döndürmektir. Eş tanılara ya da eşlik eden belirtilere yönelik antidepresan veya anksiyolitik ilaçlar kullanılabilir. Derealizasyon ve depersonalizasyonda obsesif yönü baskın hastalarda serotonerjik ajanların etkinliği gösterilmiştir. Antiepileptik ve duygudurum dengeleyici ilaçların kanıtlanmış etkileri yoktur (115,116).

Tedavi sürecinde, örtük kalan ve ulaşılamayan travmatik bilgiler tedavide duraklamaya sebep olabilir. Dış dünyadaki süregelen istismar, özellikle yetişkinlikte devam eden ensest gibi durumlarda, tedavinin ilerlemesini engelleyebilir ve bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Bununla birlikte, dissosiyatif psikopatolojinin istismarın devamını kolaylaştırabileceği ve bu yüzden hastanın iyileşmesinin, istismarın sona erdirilmesinde de önemli olabileceği unutulmamalıdır (4).

Çocukluk çağında yaşanan travmatik yaşantılar ve erişkin hayatta yaşanan dissosiyatif deneyimler arasında yüksek düzeyde ilişki gösterilmiştir (117). Dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, şizofreni, duygudurum bozuklukları, yeme bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, konversiyon bozuklukları, somatizasyon bozukluğu ve sınırda kişilik bozukluğu gibi çeşitli ruhsal bozukluklarla sık sık ilişkilendirilmiştir (118).

2.4. İNTİHAR

İntihar, bio-psiko-sosyal bileşenleri içeren çok sebebi olan bir fenomendir. Bireyin kendi hayatına son vermek amacıyla yaptığı davranış anlamına gelmektedir. Arapça’da ‘nahr’ kelimesinden köken almaktadır. Latince’de *sui*(kendi) ile *cedere*(öldürmek) kelimelerinin birleşimi olan ‘suicide’ kelimesi ile ifade edilirken Türkçe’de tıbbi karşılığı özkıyım olarak dile yerleşmiştir (116). İntihar davranışı tanımı, intihar düşünceleri, intihar planları, intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharları kapsar (119). İntihar yöntemi olarak, sıklık sırasıyla ası, ateşli silah, yüksekten atlama ve kimyasal madde kullanımı bildirilmiştir (25).

Yıllık TÜİK verilerine göre Türkiye’de intihar hızı artış göstermektedir. İntihara bağlı ölenlerin neredeyse dörtte üçü erkek ve kaba intihar hızının en yüksek görüldüğü yaş grubu 75 yaş ve üzeridir (25). 2018 verilerine göre Türkiye’de her 100.000 kişiden yaklaşık 4’ü intihar ettiği ve bu intiharların %75,6’sını erkekler, %24,4’ünü kadınların oluşturduğu raporlandı (120).

Risk faktörleri arasında erkek cinsiyet, yalnız yaşamak, çocuksuz olmak, boşanmış olmak, Kafkas kökenli olmak, çalışmamak, genç yaş (35 yaş altı), ileri yaş (75 yaş üzeri), geçmiş intihar girişimi, intihar denemesi veya tamamlanmış intihar öyküsü olan aile bireyleri olması, alkol/madde kullanımı ve baskın depresif kutupluk yer alır (121).

İntihar ile ölen kişilerin yaklaşık %90’ına bir ruhsal hastalık tanısı konulabileceği araştırmalarla gösterilmiştir. Ruhsal bir hastalığı olan kişilerin olmayanlara kıyasla intihar riski 3-12 kat daha fazladır (25).

Psikiyatrik bozukluk vakalarında intihar girişiminde bulunanların oranı MDB’ta %16’dan BB’ta %36’ye kadar değişmektedir. Her iki bozukluk için de intihar girişiminde bulunan grup içinde kadınların oranı, intihar girişiminde bulunmayanlara kıyasla daha yüksektir (122). Tüm psikiyatrik durumlar arasında intihar oranı en yüksek BB’da görülür ve genel nüfusa kıyasla, yaklaşık 20 kat daha fazladır. Bipolar depresyon için yeni tedaviler

ortaya çıksa da, lityum, bipolar bozuklukta intihar oranlarını azaltan tek ilaç olarak yerini korumaktadır (121,123).

Bipolar bozukluğu olan hastalarda, yıllık intihar girişimi ve intihar tamamlama oranları sırasıyla %3.9 ve %1.4'tür. Depresif veya karışık bir dönem geçiren bipolar hastaların intihar riski, saf mani yaşayanlardan daha fazladır. Depresyon sebebiyle hastaneye yatış sayısının artması ve depresyonda intihar düşüncesi bulunması, intihar girişimleri için risk faktörü olarak kabul edilir. Ayrıca, geçmişte intihar girişiminde bulunmanın, depresyonda geçirilen sürenin ve şiddetinin artmasını ve intihar düşüncesi oluşumunu öngördüğü bulunmuştur (124). Kesitsel çalışmalarda, intihar girişiminde bulunanların prevalansı tip BB I veya II hastalarında MDB hastalarına göre daha yüksektir. BB I ve II bozukluklarında intihar girişimi sıklığı benzerdir. Duygudurum bozukluklarında suisid araştırması yapılan bir çalışmada, bipolar bozukluk hastası erkeklerde yaşam boyu suisid riskinin %7,77, unipolar depresyon olanlarda ise %6,67 olduğunu bulmuş; BB olan kadınlarda %4,78 ve unipolar depresyon olan kadınlarda %3,77 olduğunu bulmuştur (125).

Çocuklukta yaşanan travma, depresyon ve intihar eğilimindeki önemli bir risk faktörü olarak rol oynamaktadır. Çocukluk travması, HPA eksen dinamiklerinde değişikliklerle ilişkilidir ve bu da depresyon belirtileriyle ilişkilidir (87).

Dissosiyatif bozukluklar, ruhsal bozukluklar içinde intihar girişimlerinin çok sık yaşandığı bozukluklardandır.(121) DB, aynı zamanda intihar eğilimini de öngören başka ruhsal bozukluklarla yüksek oranda görülmektedir. Ancak dissosiyatif bozukluklar, birden fazla intihar girişimi geçmişi olan bireyleri öngörmede diğer bozukluklardan daha güçlü bir belirleyici olarak ortaya çıkmaktadır. 2006 yılında klinik popülasyonla yapılan bir araştırmada, aynı çok değişkenli analizlerde, diğer sonuç değişkenleri (intihar düşüncesi, kronik intihar düşüncesi, tek intihar girişimi geçmişi, kendine zarar verme geçmişi, birden fazla kendine zarar verme olayı geçmişi gibi) için yapılan analizlerde, dissosiyatif bozukluk teşhisi genellikle %0.05 düzeyinde anlamlı bir ilişki göstermiştir. Diğer değişkenler (örn. borderline kişilik bozukluğu, alkol kötüye kullanımı, çocukluk cinsel istismar geçmişi gibi) bazı analizlerde anlamlılık göstermiş olmasına rağmen, "birden fazla

intihar girişimi geçmişi" sonuç değişkeni ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Dissosiyatif belirtiler gösteren hastalarda güvenliğin ciddiye alınması gerektiği önerilmiştir (14).

2.5. ANKSİYETE

Anksiyete, "angh" kelimesinden türemiş olup, sıkıntı ve tasa anlamlarını içerir. Endişe ve kaygı genellikle eşanlamlı olarak kullanılırken, anksiyete genellikle bilişsel belirtileri ifade eder. Endişe, kaygı, korku gibi terimleri birbirlerinin yerine kullanmasına rağmen korku gerçek bir tehdide karşı doğal bir tepkidir, Yunan kökenli "phobos" kelimesinden gelir (126). Anksiyete, içten gelen, genellikle sebebi net belirlenemeyen bir endişe, sıkıntı hali ve gelecekte kötü bir olay olacağı beklentisi şeklinde tanımlanabilir. Nesnesi belli olmayan veya gerçek tehlike ile orantısız korku hali olarak da ifade edilebilir (23).

Anksiyetenin etiolojisine bakıldığında psikodinamik etkenler, biyolojik etmenler ve öğrenme ilkeleri görülür, hangisinin daha baskın olduğu bireysel değişkenlik gösterebilir. Anksiyeteyi açıklamaya çalışan farklı görüşler mevcuttur. Freud'un psikanalitik kuramına göre anksiyete bir iç çatışmanın sonucudur. Benlik ve dürtüler arasında çatışma varlığını, benliğin bu durumla baş edemediğini ve tehlike olarak algılandığını gösteren bir belirtidir. Çatışma yaşayan benlik savunma düzeneklerini aktive eder ve bu düzeneklerden biri olan yer değiştirme sıklıkla kullanılır. Tehlike algılandığında ise adrenerjik sistemin devreye girmesi ile anksiyetenin otonomik sistem belirtileri ortaya çıkar (25).

DSM 5'te kaygı bozuklukları başlığı altında geçen bütün hastalıkların prevalans ortalamaları yaklaşık %6-7'dir (82). Toplumda yapılan araştırmalarda, anksiyete bozukluklarının hayat boyu yaygınlığı %13,6-28,8 arasında değişmektedir. En sık görülen anksiyete bozukluğu özgül fobilerdir, bunu panik bozukluğu, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu takip eder. Bu bozukluklar genellikle erken yaşlarda başlar ve vakaların %80'inde ilk belirtiler 35 yaşından önce ortaya çıkar (25).

Anksiyete sürecinde çarpıntı, ağız kuruluğu, sinirlilik, kas gerilmesi, ağrı, terleme, nefes darlığı gibi fizyolojik ve psikolojik tepkiler yaşanır. Depresyon ve anksiyete sıklıkla birlikte görülen ve belirgin bir şekilde örtüşen ruhsal sağlık sorunlarıdır, bu durum her iki hastalık arasında önemli bir ilişki olduğunu gösterir (82). Anksiyete veya duygudurum bozukluğu tanısı konmuş hastaların çoğunda bu iki hastalık bir arada görülmektedir (127).

BB hastalarının yarısından fazlası yaşamlarının bir döneminde anksiyete bozukluğu ek tanısı aldığı ve yaklaşık %30'unda o sırada anksiyete bozukluğu olduğu raporlanmıştır (128). Anksiyete ve bipolar bozukluk bir arada bulunduğu, ilk depresif dönemin başlama yaşı daha erken olabilir, depresif atakların sayısı artabilir, iyi gün geçirme süresi azalabilir, depresif dönemden iyileşme süresi uzayabilir, nüks riski artabilir, işlevselliği bozulabilir ve yaşam kalitesi düşebilir (124).

Son zamanlarda anksiyete ile dissosiyasyon arasındaki ilişki üzerinde önemli çalışmalar yapılmıştır. Çalışmalarda, anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerin tanı almayan bireylere kıyasla daha yüksek düzeyde dissosiyasyon yaşadığı görülmektedir (129). Literatürde, özellikle yüksek anksiyete seviyelerinin artan dissosiyasyon riski ile ilişkilendirildiği ve yüksek düzeyde anksiyetenin konversiyon ve dissosiyatif bozuklukların klinik tablosunun bir parçası olabileceğini göstermektedir (130,131).

Dissosiyatif bozuklukların ortaya çıkmasında, artan anksiyeteyi regüle etme ve sabit tutma gibi bilişsel inhibisyon süreçlerinde bozulmalar olduğu düşünülmektedir. Bu süreçlerin anksiyete düzenlemede de zayıfladığı ve flashback, alter değişimi gibi girici dissosiyatif belirtileri ortaya çıkarabileceği düşünülmektedir. İnhibisyon zayıflaması, dissosiyatif kimlik bozukluğunda artan anksiyetenin bilişsel yansımaları olarak görülmektedir. Ancak araştırmalarda anksiyetenin dikkat yanılsamalarına etkisi konusunda net bir sonuca varılmadığı görülmüştür (132).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13.02.2024 tarihinde 2584 karar no 4300 sayı ile onay alınmıştır.

3.1. ÖRNEKLEM VE UYGULAMA

Araştırmaya; Şubat 2024 - Mayıs 2024 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran, çalışma grubu olarak DSM-5'e göre Bipolar Bozukluk depresif dönem tanısı almış ve kontrol grubu olarak Unipolar Major Depresyon Bozukluğu tanısı almış ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların alınmıştır.

3.1.1. Araştırmaya dahil etme ölçütleri

Çalışma Grubuna Dahil Edilme:

1. DSM-5'e göre Bipolar Bozukluk depresif dönem tanısı olması
2. 18-65 yaş aralığında olması
3. Okur- yazar olması
4. Çalışmaya katılmaya gönüllü olması

Kontrol Grubuna Dahil Edilme:

1. DSM-5'e göre Unipolar Major Depresyon Bozukluğu tanısı olması
2. 18-65 yaş aralığında olması
3. Okur- yazar olması
4. Çalışmaya katılmaya gönüllü olması

3.1.2. Araştırmadan dışlama ölçütleri

1. DSM-5'e göre Bipolar Bozukluk, Major Depresyon hariç olmak üzere ek ruhsal bir bozukluk varlığı

2. Zeka geriliği olması
3. Alkol/madde kötüye kullanımı olması,
4. Ciddi nörolojik veya dahili hastalık öyküsünün olması,
5. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı reddetmesi

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu:

Çalışmaya katılan katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemek için bu çalışmada kullanılmak üzere geliştirilmiş bir form olup görüşmeci tarafından doldurulmuştur.

3.2.2. SCID-D (DSM-4 Dissosiyatif Bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi):

Steinberg M. tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir (133). Türkçeye V. Şar, ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır. Değişik psikiyatrik hastalıklarda bireyin dissosiyatif belirtileri ve bozuklukları değerlendirmek için kullanılabilir. Sorular yardım sağlasa bile mutlak doğru olarak kabul edilmez. “Evet” yanıtı eşiği geçip geçmeme yönünden araştırılmalıdır. Hastaların amnezi epizodlarını farketmeyebilir o yüzden sözel yanıtların yanı sıra dissosiyasyona özgün, sözel olmayan ipuçları da değerlendirilmelidir. Çizelge iki bölümden oluşmaktadır. İlk kısım 6 semptom alanından (amnezi, depersonalizasyon, derealizasyon, kimlik konfüzyonu, kimlik değişimi, kimlik bozukluğunun ikincil belirtileri) oluşur. Her sorunun karşısında aynı zamanda puanlama sistemi mevcuttur. Verilen her yanıt bir puanla eşleşmiştir ve yetersiz bilgilere puan verilmez. İkinci kısım devam bölümüdür. Dokuz semptom alanından oluşmaktadır. İlk kısımda semptom alanlarından birini ilgilendiren belirti ifade edilmemişse devam bölümüne geçmeye gerek yoktur. Görüşmenin sonucunda bozukluk veya semptomlar ve alınan toplam puan belirlenir (134).

3.2.3. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES):

İngilizce adıyla “Dissociative Experiences Scale” ya da kısaca “DES” olarak bilinen “Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği” çoğul kişilik bozukluğu ve diğer kronik karmaşık dissosiyatif bozuklukları saptamada yararlı olan, geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş, özbildirime dayalı bir ölçme aracıdır. 1999 yılında Şar ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilmiş olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ancak DES tanı koydurucu bir araç olmayıp daha çok tarama ya da dissosiyatif deneyimleri derecelendirme amacıyla kullanılmaktadır. Ölçekten yüksek puan elde edilmesi olası bir dissosiyatif bozukluğu akla getirir fakat kanıtlamaz. Ölçek 28 maddeden oluşmaktadır, her bir maddesi için birey 0-100 arasında puan vermektedir ve alınan toplam puanın ortalaması hesaplanarak sonuç elde edilmektedir. DES toplam puanıyla dissosiyasyon seviyesi belirlenirken üç alt ölçeği sayesinde absorpsiyon, amnezi ve depersonalizasyon/derealizasyon puanları da ayrı ayrı hesaplanabilmektedir. Birçok çalışmada dissosiyasyonun patolojik seviyelerinin tanımlanmasında duyarlılığın ve özgünlüğün en yüksek olduğu kesim noktası 30 ya da daha yüksek bir DES skoruna karşılık gelmektedir (135). Çalışmamızda DES ortalama puanı 30’un üzerinde olan katılımcılarda dissosiyasyon olabileceği varsayılmıştır. Çalışmamıza eklediğimiz bir diğer parametre olan DES takson ise bir alt skorlamadır ve 8 ögenin (3, 5, 7, 8, 12, 13, 22, 27 maddelerinin) ortalaması elde edilerek patolojik dissosiyasyonun değerlendirmesine yardımcı olur (136).

3.2.4. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS):

Overall ve arkadaşları tarafından 1962 yılında geliştirilen ölçek majör psikiyatrik tanılarda mevcut olan kapsamlı bir psikopatolojik semptom kümesindeki değişiklikleri ölçmek için geliştirilmiştir. 18 maddelik BPRS'nin bağlantılı versiyonu yaygın olarak kullanılmaktadır. Öğeler aşağıdaki semptom alanlarını değerlendirir: somatik kaygı, kaygı, duygusal geri çekilme, kavramsal düzensizlik, suçluluk duyguları, gerginlik, tavırlar ve duruşlar, grandiyözite, depresif ruh hali, düşmanlık, şüphecilik, halüsinasyon, motor yavaşlama, işbirliği kurma, olağandışı düşünce içeriği, duygusal küntlük, taşkınlık ve yönelim bozukluğu. Her öge, "0" (yok) ile "6" (aşırı derece şiddetli) arasında değişen yedili likert tipi bir ölçekte derecelendirilir. Toplam skor 0 ile 108 arasında değişmektedir ve puandaki artış daha şiddetli semptomatolojiyi göstermektedir. 15-30 puan minör, 30 ya da

üzeri puan majör sendromu ifade eder. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Soykan (1989) tarafından yapılmıştır (137)(138).

3.2.5. Hamilton Depresyon Ölçeği:

1960 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiş, görüşmeci tarafından doldurulan, depresyon tanısı olan hastalarda depresyon şiddetini değerlendirmek ve klinik seyri izlemek amacıyla kullanılan bir ölçektir. 2001 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Depresif mizaç, özkıym, iş ve aktivitelerde yitim, retardasyon, ajitasyon, gastrointestinal belirtiler, genel somatik belirtiler, hipokondriyak belirtiler, içgörü, iştah ve kilo kaybı, uykusuzluk ve anksiyete gibi alt gruplar bulunmaktadır. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. 0- 7 puan depresyon olmadığını, 8-13 puan arası hafif derecede depresyonu, 14-18 arası orta derecede depresyonu, 19-22 arası ağır depresyonu, 23 ve üzeri çok ağır derecede depresyonu göstermektedir (139).

3.2.6. Young Mani Ölçeği:

1978 yılında Young ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, görüşmeci tarafından doldurulan, manik durumun şiddetini değerlendirme amacıyla kullanılan, toplam 11 maddeden oluşan bir ölçektir. Yükselmiş duygudurum, hareket ve enerji artışı, cinsel ilgi, uyku, irritabilite, konuşma hızı ve miktarı, düşünce yapı bozukluğu, düşünce içeriği, yıkıcı ve saldırgan davranış, dış görünüm, içgörü gibi alt grupları bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 44'tür ve kesme skoru olarak 7 puan alınmıştır. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (140).

3.2.7. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği:

Ölçeğin orijinal formu Beck ve Kavas tarafından 1979 yılında, hastaların intihar girişimi konusunda düşünceleri, planları ve niyetlerini belirlemek üzere 19 madde şeklinde

oluşturulmuş, kısmi yapılandırılmış, görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özçelik ve ark. tarafından 2015 yılında gerçekleştirilmiştir. Türkçe formunda toplamda 19 sorudan oluşan, her sorunun 0-2 arasında puanlandığı, altı faktörlü bir yapı elde edilmiştir · Faktör 1: Aktif İntihar Arzusu · Faktör 2: Pasif İntihar Arzusu · Faktör 3: İntihar Arzusu · Faktör 4: İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri · Faktör 5: İntihar Düşüncesi Kesinliği · Faktör 6: Hazırlık. En düşük puan 0, en yüksek puan 38 olup puanın yüksek olması intihar düşüncesinin belirgin ve ciddi olması anlamına gelmektedir (141).

3.2.8. Hamilton Anksiyete Ölçeği:

Hamilton tarafından 1959 yılında, anksiyete nevrozlarının şiddetinin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Anksiyetenin bedensel ve psikik belirtilerinin değerlendirildiği 14 maddeden oluşur. Değerlendirme belirti şiddetine göre 0-4 puan arasında yapılmaktadır. 0-5 arası normal, 6-14 arası hafif, 15 ve üzeri şiddetli anksiyete olarak kabul edilir. Yazıcı ve arkadaşları 1998’de Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını yapmıştır (142).

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada yer alan sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak ve Shapiro-Wilks testi ile değerlendirildi. Değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde Ortalama±SS (standart sapma) ve Medyan (Minimum-Maksimum) değerleri verildi.

Bipolar-Unipolar gruplamasına göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında çapraz tablolar oluşturuldu, sayı (n), yüzde (%) ve ki kare test istatistiği verildi.

Bipolar-Unipolar gruplamasına göre Hamilton Anksiyete (HAM-A) puanının karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem T testi kullanıldı. Bipolar-Unipolar gruplamasına göre Toplam SCID, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), DES-Taxon, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS), Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) Young Mani, Beck

İntihar Düşüncesi Ölçeği (BİDO) ve alt boyutları (Aktif İntihar Arzusu, Pasif İntihar Arzusu, İntihar Arzusu, İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri, Hazırlık), Hamilton Anksiyete Ölçeği alt boyutları HAM-A Psişik, HAM-A Somatik puanlarının karşılaştırılmasında Mann- Whitney U testi kullanıldı.

Eğitim durumu ve medeni duruma göre Toplam SCID, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), DES-Taxon, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS), Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) Young Mani, Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BİDO) ve alt boyutları (Aktif İntihar Arzusu, Pasif İntihar Arzusu, İntihar Arzusu, İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri, Hazırlık), Hamilton Anksiyete (HAM-A) ve alt boyutları HAM-A Psişik, HAM-A Somatik puanın karşılaştırılmasın Kruskal Wallis non-parametrik varyans analizine başvuruldu. İkili karşılaştırmalarda bonferroni düzeltmesi yapılarak analiz sonuçları verildi.

Korelasyon analizlerinde spearman non-parametrik korelasyon katsayısı verildi.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bipolar grubunda yer alan bireylerin %24.5'i (n=13) çalışıyor, unipolar grubundaki bireylerin %49.0'u (n=25) çalışmaktadır. Bipolar-Unipolar gruplamasına göre çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=6.723$, $p=0.010$). Bipolar-Unipolar gruplarına göre yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk durumu, eğitim durumu değerlerinin benzer olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Gruplara Göre Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Tüm Olgular (n=104)	Bipolar (n=53)	Unipolar (n=51)	Test istatistiği	
	n (%)	n (%)	n (%)	t; χ^2	p
Yaş					
Ort±SS	42.12±11.68	42.92±11.53	41.27±11.90	t=0.718	0.474
Medyan (Min-Max)	43.0 (18-65)	45.0 (19-64)	42.0 (18-65)		
Cinsiyet					
Kadın	57 (64.4)	33 (62.3)	34 (66.7)	$\chi^2=0.220$	0.639
Erkek	37 (35.6)	20 (37.7)	17 (33.3)		
Medeni Durum					
Bekar	38 (36.5)	24 (45.3)	14 (27.5)	$\chi^2=5.025$	0.170
Evli	45 (43.3)	22 (41.5)	23 (45.1)		
Boşanmış	18 (17.3)	6 (11.3)	12 (23.5)		
Dul	3 (2.9)	1 (1.9)	2 (3.9)		
Çocuk Durumu					
Var	60 (57.7)	27 (50.9)	33 (64.7)	$\chi^2=2.017$	0.156
Yok	44 (42.3)	26 (49.1)	18 (35.3)		
Çocuk Sayısı					
1 çocuk	15 (25.0)	8 (29.6)	7 (21.2)	$\chi^2=1.232$	0.745
2 çocuk	25 (41.7)	11 (40.8)	14 (42.4)		
3 çocuk	13 (21.7)	6 (22.2)	7 (21.2)		
4 çocuk ve üzeri	7 (11.6)	2 (7.4)	5 (15.2)		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	38 (36.5)	13 (24.5)	25 (49.0)	$\chi^2=6.723$	0.010
Çalışmıyor	66 (63.5)	40 (75.5)	26 (51.0)		
Eğitim Durumu					
Okur yazar	3 (2.9)	1 (1.9)	2 (3.9)	$\chi^2=7.606$	0.179
İlkokul	33 (31.7)	13 (24.5)	20 (39.2)		
Ortaöğretim	10 (9.6)	8 (15.1)	2 (3.9)		
Lise	32 (30.8)	15 (28.3)	17 (33.4)		
Lisans	20 (19.2)	13 (24.5)	7 (13.7)		
Yüksek lisans	6 (5.8)	3 (5.7)	3 (5.9)		

t:Bağımsız Örneklem T Testi, χ^2 :Ki kare Testi

Bipolar grubunda yer alan bireylerin hastalık başlangıç yaş ortalaması 25.58±8.80, unipolar grubundaki bireylerin hastalık başlangıç yaş ortalaması 30.53±11.96'dır. Bipolar ve Unipolar grupları arasında hastalık başlangıç yaşları açısından istatistiksel olarak

anlamli farklılık olduğu tespit edilmiştir (z=2.028, p=0.043). Bipolar ve Unipolar grupları arasında hastalık süresi, yatış sayısı, mani sayısı, hipomani sayısı, depresyon sayısı açısından istatistiksel olarak anlamli farklılık olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Bipolar grubundaki bireylerin hastalık süresi, yatış sayısı, mani sayısı, hipomani sayısı, depresyon sayısı ortalaması unipolar grubuna göre daha yüksektir. Bipolar grubunda yer alan bireylerin %30.2'sinde (n=16) EKT var, unipolar grubundaki bireylerin %3.9'unda (n=2) EKT var olduğu belirlenmiştir. Bipolar-Unipolar gruplamasına göre EKT açısından istatistiksel olarak anlamli bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=12.529$, p<0.001). Bipolar-Unipolar gruplamasına göre AP kullanımı, DDD kullanımı, AD kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamli bir farklılık tespit edilmiştir (p<0.05). Bipolar grubundaki bireylerde AP, DDD kullanım oranı Unipolar grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. AD kullanım oranı ise unipolar grubunda bipolar grubuna göre daha yüksektir. Bipolar grubundaki bireylerin 14'ünde ilaçla, 7'sinde yüksekten atlama ile, 3'ünde kesici aletle yaralama, 1'inde diğ er sebepler ile suisid var iken, Unipolar grubundaki bireylerin 12'sinde ilaçla, 2'sinde yüksekten atlama ile, 1'inde kesici aletle yaralama, 2'sinde diğ er sebepler ile suisid olduğu tespit edilmiştir. Bipolar-Unipolar gruplamasına göre diğ er klinik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamli farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 2).

Tablo 2. Gruplara Göre Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Tüm Olgular (n=104)	Bipolar (n=53)	Unipolar (n=51)	Test istatistiğı	
		n (%)	n (%)	n (%)	z; χ^2	p
Hastalık Başlangıç Yaşı						
Ort±SS		28.01±10.71	25.58±8.80	30.53±11.96	z=2.028	0.043
Medyan (Min-Max)		25.0 (10-57)	22.0 (14-45)	30.0 (10-57)		
Hastalık Süresi (yıl)						
Ort±SS		14.12±9.95	17.36±10.47	10.75±8.19	z=3.360	0.001
Medyan (Min-Max)		12.5 (0.5-44)	18.0 (1-44)	8.0 (0.5-30)		
Yatış Sayısı						
Ort±SS		1.28±2.17	2.25±2.48	0.27±1.15	z=6.096	<0.001
Medyan (Min-Max)		0.0 (0-10)	1.0 (0-10)	0.0 (0-8)		
Mani Sayısı						

<i>Ort±SS</i>	1.37±2.30	2.68±2.63	0.00±0.00	<i>z</i> =7.994	<0.001
<i>Medyan (Min-Max)</i>	0.0 (0-10)	2.0 (0-10)	0.0 (0-0)		
Hipomani Sayısı					
<i>Ort±SS</i>	0.58±1.75	1.13±2.34	0.00±0.00	<i>z</i> =4.226	<0.001
<i>Medyan (Min-Max)</i>	0.0 (0-10)	0.0 (0-10)	0.0 (0-0)		
Depresyon Sayısı					
<i>Ort±SS</i>	4.47±3.14	5.68±3.52	3.22±2.07	<i>z</i> =3.665	<0.001
<i>Medyan (Min-Max)</i>	3.0 (1-14)	5.0 (1-14)	3.0 (1-10)		
EKT					
Var	18 (17.3)	16 (30.2)	2 (3.9)	χ^2 =12.529	<0.001
Yok	86 (82.7)	37 (69.8)	49 (96.1)		
TMS					
Var	1 (1.0)	1 (1.9)	0 (0.0)	-	0.510*
Yok	103 (98.0)	52 (98.1)	51 (100.0)		
AP Kullanımı					
Var	67 (64.4)	51 (96.2)	16 (31.4)	χ^2 =47.695	<0.001
Yok	37 (35.6)	2 (3.8)	35 (68.6)		
DDD Kullanımı					
Var	57 (54.8)	53 (100.0)	4 (7.8)	χ^2 =89.117	<0.001
Yok	47 (45.2)	0 (0.0)	47 (92.2)		
AD Kullanımı					
Var	83 (79.8)	35 (66.0)	48 (94.1)	χ^2 =12.717	<0.001
Yok	21 (20.2)	18 (34.0)	3 (5.9)		
BZD Kullanımı					
Var	11 (10.6)	4 (7.5)	7 (13.7)	χ^2 =1.049	0.306
Yok	93 (89.4)	49 (92.5)	44 (86.3)		
Geçmiş Suisid					
Var	33 (31.7)	19 (35.8)	14 (27.5)	χ^2 =0.846	0.358
Yok	71 (68.3)	34 (64.2)	37 (72.5)		
Geçmiş Travma					
Var	40 (38.5)	18 (34.0)	22 (43.1)	χ^2 =0.924	0.336
Yok	64 (61.5)	35 (66.0)	29 (56.9)		
ÇÇTÖ					
Var	31 (29.8)	15 (28.3)	16 (31.4)	χ^2 =0.117	0.732
Yok	73 (70.2)	38 (71.7)	35 (68.6)		
Ek Tıbbi Hastalık					
Var	65 (62.5)	32 (60.4)	33 (64.7)	χ^2 =0.208	0.649
Yok	39 (37.5)	21 (39.6)	18 (35.3)		
Hipotiroidi					

Var	17 (16.3)	11 (20.8)	6 (11.8)	$\chi^2=1.536$	0.215
Yok	87 (83.7)	42 (79.2)	45 (88.2)		
Alkol Kullanımı					
Var	18 (17.3)	9 (17.0)	9 (17.6)	$\chi^2=0.008$	0.928
Yok	86 (82.7)	44 (83.0)	42 (82.4)		
PAM Kullanımı					
Var	1 (1.0)	1 (1.9)	0 (0.0)	-	0.510*
Yok	103 (99.0)	52 (98.1)	51 (100.0)		
Sigara Kullanımı					
Var	59 (56.7)	30 (56.6)	29 (56.9)	$\chi^2=0.001$	0.979
Yok	45 (43.3)	23 (43.4)	22 (43.1)		
Aile Öyküsü					
Var	62 (59.6)	36 (67.9)	26 (51.0)	$\chi^2=3.099$	0.078
Yok	42 (40.4)	17 (32.1)	25 (49.0)		
Ailede Psikoz Öyküsü					
Var	12 (11.5)	9 (17.0)	3 (5.9)	$\chi^2=3.137$	0.077
Yok	92 (88.5)	44 (83.0)	48 (94.1)		
Ailede DDB Öyküsü					
Var	49 (47.1)	29 (54.7)	20 (39.2)	$\chi^2=2.506$	0.113
Yok	55 (52.9)	24 (45.3)	31 (60.8)		
Ailede Anksiyete Bozukluğu Öyküsü					
Var	16 (15.4)	8 (15.1)	8 (15.7)	$\chi^2=0.007$	0.933
Yok	88 (84.6)	45 (84.9)	43 (84.3)		

z: Mann Whitney U Testi, c^2 : Ki kare Testi, *Fisher Exact test sonuçları verilmiştir.

Bipolar grubundaki bireylerin Toplam SCID-D puan ortalaması 6.51 ± 2.06 , Unipolar grubundaki bireylerin Toplam SCID-D puan ortalaması 5.57 ± 1.51 'dir. Bipolar ve Unipolar grupları arasında Toplam SCID-D puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($z=3.017$, $p=0.003$). Bipolar ve Unipolar grupları arasında DES, DES-Amnezi, DES-Depersonalizasyon/Derealizasyon, DES-Taxon, BPRS, HAM-D, HAM-A Total, HAM-A Psikişik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bipolar grubundaki bireylerin DES, DES-

Amnezi, DES-Depersonalizasyon/Derealizasyon, DES-Taxon, BPRS, HAM-D, HAM-A Total, HAM-A Psişik puan ortalaması Unipolar grubundaki bireylere göre daha yüksektir. Bipolar grubundaki bireylerin Young Mani puan ortalaması 1.38 ± 1.70 , Unipolar grubundaki bireylerin Young Mani puan ortalaması 2.27 ± 2.58 'dir. Bipolar ve Unipolar grupları arasında Young Mani puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($z=2.517$, $p=0.012$). Bipolar ve Unipolar grupları arasında diğer ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Gruplara Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	GRUP		Test İstatistiği	
	Bipolar (n=53)	Unipolar (n=51)		
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	z; t	p
Toplam Scid	6.51±2.06 5.0 (5-12)	5.57±1.51 5.0 (5-13)	$z=3.017$	0.003
DES	23.92±15.24 21.1 (2.8-64.0)	17.69±13.36 15.7 (0.0-62.5)	$z=2.335$	0.020
DES-Amnezi	19.75±15.11 20.0 (0-58)	12.63±12.95 9.0 (0-68)	$z=2.675$	0.007
DES-Absorbsiyon	31.11±17.30 29.1 (3.6-80.0)	26.65±16.78 24.5 (0.0-68.2)	$z=1.366$	0.172
DES-Depersonalizasyon /Derealizasyon	18.79±19.55 17.1 (0.0-84.3)	11.37±14.04 7.1 (0.0-52.9)	$z=2.137$	0.033
DES-Taxon	17.86±15.24 17.5 (0-60)	10.94±14.17 6.2 (0-68.7)	$z=2.977$	0.003
BPRS	21.74±6.39 22.0 (7-41)	18.75±9.52 18.0 (5-75)	$z=3.139$	0.002
HAM-D	20.25±4.96 19.0 (11-35)	16.00±3.95 17.0 (8-24)	$z=4.232$	<0.001
Young Mani	1.38±1.70 1.0 (0-6)	2.27±2.58 2.0 (0-17)	$z=2.517$	0.012

BİDO Total	3.94±5.69 2.0 (0-22)	2.24±4.76 1.0 (0-28)	z=1.624	0.104
BİDO-Aktif İntihar Arzusu	0.55±1.25 0.0 (0-6)	0.47±1.32 0.0 (0-7)	z=0.612	0.540
BİDO-Pasif İntihar Arzusu	1.72±1.93 1.0 (0-7)	1.12±1.52 1.0 (0-7)	z=1.403	0.161
BİDO-İntihar Arzusu	0.68±1.31 0.0 (0-6)	0.35±1.02 0.0 (0-6)	z=1.729	0.084
BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri	0.21±0.66 0.0 (0-3)	0.12±0.52 0.0 (0-3)	z=0.967	0.334
BİDO-İntihar Düşüncesi Kesinliği	0.42±0.77 0.0 (0-3)	0.20±0.53 0.0 (0-2)	z=1.640	0.101
BİDO-Hazırlık	0.08±0.38 0.0 (0-2)	0.06±0.42 0.0 (0-3)	z=0.527	0.598
HAM-A Total	16.62±5.04 16.0 (6-28)	13.94±5.08 13.0 (4-28)	t=2.702	0.008
HAM-A Psişik	9.09±3.15 9.0 (2-19)	6.86±2.82 7.0 (1-15)	z=3.791	<0.001
HAM-A Somatik	7.55±2.96 8.0 (1-14)	7.08±3.02 6.0 (3-15)	z=1.233	0.217

z: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi

Bipolar grubunda yer alan bireylerin %35.8'inde (n=19) SCID tanısı var iken, unipolar grubundaki bireylerin %13.7'sinde (n=7) SCID tanısı olduğu belirlenmiştir. Bipolar-Unipolar gruplamasına göre SCID tanı varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=6.785$, $p=0.009$). Ayrıca Bipolar grubunda yer alan bireylerin %60.3'ünde (n=32) SCID-Amnezi yok, %18.9'unda (n=10) hafif, %15.1'inde (n=8) orta, %5.7'sinde (n=3) ağır iken, unipolar grubundaki bireylerin %88.2'sinde (n=45) SCID-Amnezi yok, %2.0'sinde (n=1) hafif, %7.8'inde (n=4) orta, %2.0'sinde (n=1) ağırdır. Bipolar-Unipolar gruplamasına göre SCID-Amnezi durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=13.120$, $p=0.004$). Bipolar-Unipolar

gruplarına göre SCID-Zaman, Alkol/Madde Etkisinde, Dissosiyatif Amnezi, Dissosiyatif Füg, Depersonalizasyon Bozukluğu, BTA Dissosiyatif Bozukluk, SCID-Depersonalizasyon, SCID-Derealizasyon, SCID-Kimlik Konfüzyonu, SCID-Kimlik Değişimi durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Gruplara Göre SCID Tanılarının Karşılaştırılması

	Bipolar (n=53)	Unipolar (n=51)	Test istatistiği	
	n (%)	n (%)	χ^2	p
SCID Tanısal				
Var	19 (35.8)	7 (13.7)	$\chi^2=6.785$	0.009
Yok	34 (64.2)	44 (86.3)		
SCID Zaman				
Geçmiş	2 (8.7)	2 (22.2)	-	0.311*
Şimdi	21 (91.3)	7 (77.8)		
Alkol/Madde Etkisinde				
Sadece alkollüyen	1 (4.3)	0 (0.0)	$\chi^2=3.653$	0.161
Bazen	4 (17.4)	0 (0.0)		
İlgisiz	18 (78.3)	9 (100.0)		
Dissosiyatif Amnezi				
Var	8 (15.1)	5 (9.8)	$\chi^2=0.665$	0.415
Yok	45 (84.9)	46 (90.2)		
Dissosiyatif Füg				
Var	2 (3.8)	1 (2.0)	-	0.515*
Yok	51 (96.2)	50 (98.0)		
Dissosiyatif Bozukluğu	Kimlik			
Yok	53 (100.0)	51 (100.0)	-	-
Depersonalizasyon Bozukluğu				
Var	6 (11.3)	4 (7.8)	-	0.395*
Yok	47 (88.7)	47 (92.2)		
BTA Dissosiyatif Bozukluk				

Var	8 (15.1)	2 (3.9)	-	0.053*
Yok	45 (84.9)	49 (96.1)		
SCID-Amnezi				
Yok	32 (60.3)	45 (88.2)		
Hafif	10 (18.9)	1 (2.0)	$\chi^2=13.120$	0.004
Orta	8 (15.1)	4 (7.8)		
Ağır	3 (5.7)	1 (2.0)		
SCID-Depersonalizasyon				
Yok	39 (73.6)	44 (86.3)		
Hafif	5 (9.4)	4 (7.8)	$\chi^2=4.229$	0.238
Orta	8 (15.1)	2 (3.9)		
Ağır	1 (1.9)	1 (2.0)		
SCID-Derealizasyon				
Yok	44 (83.0)	47 (92.2)		
Hafif	8 (15.1)	4 (7.8)	$\chi^2=2.806$	0.246
Orta	1 (1.9)	0 (0.0)		
SCID-Kimlik Konfüzyonu				
Yok	44 (83.0)	49 (96.1)		
Hafif	7 (13.2)	2 (3.9)	$\chi^2=5.945$	0.051
Orta	2 (3.8)	0 (0.0)		
SCID-Kimlik Değişimi				
Yok	52 (98.1)	51 (100.0)	-	0.510*
Hafif	1 (1.9)	0 (0.0)		

χ^2 :Ki kare Testi, *Fisher Exact test sonuçları verilmiştir.

Bipolar grubundaki bireylerin SCID-Amnezi değeri ile DES, DES-Amnezi, DES-Depersonalizasyon/Derealizasyon, DES-Taxon puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.500$; $p<0.001$, $r=0.500$; $p<0.001$, $r=0.432$; $p=0.001$, $r=0.431$; $p=0.001$). SCID-Amnezi derecesi arttıkça (yok-ağır durumuna gittikçe) DES, DES-Taxon puanları artmaktadır. SCID-Amnezi değeri ile DES-Absorbsiyon, BİDO-Hazırlık puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.366$; $p=0.007$, $r=0.288$; $p=0.038$).

SCID-Depersonalizasyon değeri ile DES, DES-Depersonalizasyon/Derealizasyon, DES-Taxon, BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir

($r=0.479;p<0.001$, $r=0.494;p<0.001$, $r=0.517;p<0.001$, $r=0.499;p<0.001$). SCID-Depersonalizasyon değeri ile DES-Amnezi, DES-Absorbsiyon, BİDO-İntihar Arzusu, BİDO-Hazırlık, HAM-A Psikik puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.359;p=0.008$, $r=0.398;p=0.003$, $r=0.368;p=0.007$, $r=0.360;p=0.008$, $r=0.317;p=0.021$).

SCID-Derealizasyon değeri ile DES, DES-Amnezi puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.410;p=0.002$, $r=0.415;p=0.002$). SCID-Derealizasyon değeri ile DES-Absorbsiyon, DES-Depersonalizasyon/Derealizasyon, DES-Taxon, Young Mani, BİDO-İntihar Arzusu, BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri, HAM-A Total, HAM-A Psikik puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.330;p=0.016$, $r=0.380;p=0.005$, $r=0.282;p=0.041$, $r=0.305;p=0.027$, $r=0.281;p=0.042$, $r=0.315;p=0.022$, $r=0.280;p=0.043$, $r=0.333;p=0.015$).

SCID-Kimlik Konfüzyonu değeri ile DES, DES-Depersonalizasyon/Derealizasyon DES- Taxon puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.407;p=0.003$, $r=0.417;p=0.002$, $r=0.431;p=0.001$). SCID-Kimlik Konfüzyonu değeri ile DES-Absorbsiyon, BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.396;p=0.003$, $r=0.306;p=0.026$).

SCID-Kimlik Değişimi değeri ile BİDO-Aktif İntihar Arzusu puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.322;p=0.019$). SCID- Kimlik Değişimi değeri ile BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.420;p=0.002$). SCID- Kimlik Değişimi değeri ile BİDO-Hazırlık puanı arasında yüksek düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.700;p<0.001$).

Toplam SCID-D değeri ile DES puanı arasında yüksek düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.629$; $p<0.001$). Toplam SCID-D değeri ile DES-Amnezi, DES-Absorbsiyon, DES-Depersonalizasyon/ Derealizasyon DES-Taxon, BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.574$; $p<0.001$, $r=0.503$; $p<0.001$, $r=0.592$; $p<0.001$, $r=0.596$; $p<0.001$, $r=0.448$; $p=0.001$). Toplam SCID-D değeri ile Young Mani, BİDO-Aktif İntihar Arzusu, BİDO-İntihar Arzusu, BİDO-Hazırlık, HAM-A Psikik puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.286$; $p=0.038$, $r=0.300$; $p=0.029$, $r=0.367$; $p=0.007$, $r=0.295$; $p=0.032$, $r=0.288$; $p=0.037$) (Tablo 5).

Tablo 5. Bipolar Grubundaki Bireylerin SCID-D -Tanıları ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

	SCID-Amnezi		SCID-Depersonalizasyon		SCID-Derealizasyon		SCID-Kimlik Konfüzyonu		SCID-Kimlik Değişimi		Toplam SCID-D	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
DES	0.500	<0.001	0.479	<0.001	0.410	0.002	0.407	0.003	0.168	0.230	0.629	<0.001
DES-Amnezi	0.500	<0.001	0.359	0.008	0.415	0.002	0.263	0.057	0.145	0.300	0.574	<0.001
DES-Absorbsiyon	0.366	0.007	0.398	0.003	0.330	0.016	0.396	0.003	0.168	0.230	0.503	<0.001
DES-Depersonalizasyon/ Derealizasyon	0.432	0.001	0.494	<0.001	0.380	0.005	0.417	0.002	0.150	0.283	0.592	<0.001
DES-Taxon	0.431	0.001	0.517	<0.001	0.282	0.041	0.431	0.001	0.154	0.270	0.596	<0.001
BPRS	0.068	0.628	0.170	0.224	0.232	0.094	0.067	0.634	0.050	0.722	0.122	0.385
HAM-D	0.065	0.646	0.109	0.437	0.252	0.068	0.102	0.469	0.059	0.674	0.106	0.450
Young Mani	0.255	0.066	0.214	0.125	0.305	0.027	0.175	0.211	0.102	0.469	0.286	0.038
BİDO Total	0.144	0.305	0.245	0.077	0.180	0.197	0.142	0.311	0.245	0.077	0.234	0.092
BİDO-Aktif İntihar Arzusu	0.210	0.131	0.213	0.126	0.234	0.091	0.083	0.553	0.322	0.019	0.300	0.029

BİDO-Pasif İntihar Arzusu	0.085	0.545	0.244	0.079	0.210	0.131	0.158	0.258	0.233	0.093	0.198	0.154
BİDO-İntihar Arzusu	0.258	0.062	0.368	0.007	0.281	0.042	0.241	0.082	0.257	0.063	0.367	0.007
BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri	0.225	0.106	0.499	<0.001	0.315	0.022	0.306	0.026	0.420	0.002	0.448	0.001
BİDO-İntihar Düşüncesi	0.014	0.920	0.226	0.104	0.233	0.094	0.103	0.464	0.264	0.056	0.166	0.234
BİDO- Hazırlık	0.288	0.037	0.360	0.008	-0.089	0.524	0.164	0.241	0.700	<0.001	0.295	0.032
HAM-A Total	0.092	0.511	0.169	0.228	0.280	0.043	0.123	0.381	-0.182	0.193	0.161	0.250
HAM-A Psşik	0.248	0.073	0.317	0.021	0.333	0.015	0.216	0.121	-0.201	0.148	0.288	0.037
HAM-A Somatik	-0.068	0.627	-0.009	0.948	0.102	0.469	0.008	0.953	-0.082	0.559	0.014	0.922

r: Spearman İlişki Katsayısı

Unipolar grubundaki bireylerin SCID-Amnezi değeri ile DES, DES-Amnezi, DES-Absorbsiyon, DES-Depersonalizasyon/Derealizasyon, DES-Taxon, BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri, BİDO-İntihar Düşüncesi Kesinliği, BİDO-Hazırlık, HAM-A Total, HAM-A Somatik puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.495;p<0.001$, $r=0.501;p<0.001$, $r=0.434;p=0.001$, $r=0.467;p=0.001$, $r=0.461;p=0.001$, $r=0.436;p=0.007$, $r=0.400;p=0.004$, $r=0.430;p=0.002$, $r=0.414;p=0.003$, $r=0.400;p=0.004$). SCID-Amnezi derecesi arttıkça (yok-ağır durumuna gittikçe) SCID-Amnezi değeri ile DES, DES-Taxon, BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri, BİDO-İntihar Düşüncesi Kesinliği, BİDO-Hazırlık, HAM-A Total, HAM-A Somatik puanları artmaktadır. SCID-Amnezi değeri ile BPRS, HAM-D, BİDO-Aktif İntihar Arzusu, BİDO-İntihar Arzusu, HAM-A Psşik puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.342;p=0.014$, $r=0.361;p=0.009$, $r=0.333;p=0.017$, $r=0.374;p=0.007$, $r=0.341;p=0.014$).

SCID-Depersonalizasyon değeri ile DES, DES-Amnezi, DES-Absorbsiyon, DES-Depersonalizasyon/Derealizasyon, DES-Taxon, BİDO-Hazırlık puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.477;p<0.001$, $r=0.418;p=0.002$, $r=0.413;p=0.003$, $r=0.520;p<0.001$, $r=0.539;p<0.001$, $r=0.402;p=0.003$). SCID-Depersonalizasyon değeri ile HAM-A Total, HAM-A Psikişik puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.298;p=0.034$, $r=0.334;p=0.017$).

SCID-Derealizasyon değeri ile DES, DES-Amnezi, DES-Absorbsiyon, DES-Taxon, HAM-A Total, HAM-A Psikişik puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.349;p=0.012$, $r=0.313;p=0.025$, $r=0.288;p=0.041$, $r=0.380;p=0.006$, $r=0.308;p=0.028$, $r=0.378;p=0.006$). SCID-Derealizasyon değeri ile DES-Depersonalizasyon/Derealizasyon, BİDO-Hazırlık puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.436;p=0.001$, $r=0.485;p<0.001$).

SCID-Kimlik Konfüzyonu değeri ile BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.395;p=0.004$). SCID-Kimlik Konfüzyonu değeri ile BİDO-Hazırlık puanı arasında yüksek düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.700;p<0.001$).

Toplam SCID-D değeri ile DES, DES-Amnezi, DES-Absorbsiyon, DES-Depersonalizasyon/Derealizasyon, DES-Taxon, HAM-A Total, HAM-A Psikişik puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.572;p<0.001$, $r=0.527;p<0.001$, $r=0.516;p<0.001$, $r=0.539;p<0.001$, $r=0.577;p<0.001$, $r=0.422;p=0.022$, $r=0.434;p=0.001$). Toplam SCID-D değeri ile BRPS, BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri, BİDO-Hazırlık, HAM-A Somatik puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.348;p=0.012$, $r=0.316;p=0.024$, $r=0.347;p=0.013$, $r=0.277;p=0.049$) (Tablo 6).

Tablo 6. Unipolar Grubundaki Bireylerin SCID-Tanıları ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

	SCID-Amnezi		SCID-Depersonalizasyon		SCID-Derealizasyon		SCID-Kimlik Konfüzyonu		SCID-Kimlik Değişimi		Toplam SCID-D	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
DES	0.495	<0.001	0.477	<0.001	0.349	0.012	0.275	0.051	-	-	0.572	<0.001
DES-Amnezi	0.501	<0.001	0.418	0.002	0.313	0.025	0.254	0.072	-	-	0.527	<0.001
DES-Absorbsiyon	0.434	0.001	0.413	0.003	0.288	0.041	0.254	0.072	-	-	0.516	<0.001
DES-Depersonalizasyon/ Derealizasyon	0.467	0.001	0.520	<0.001	0.436	0.001	0.153	0.285	-	-	0.539	<0.001
DES-Taxon	0.461	0.001	0.539	<0.001	0.380	0.006	0.228	0.107	-	-	0.577	<0.001
BPRS	0.342	0.014	0.227	0.110	0.216	0.128	0.017	0.905	-	-	0.348	0.012
HAM-D	0.361	0.009	0.156	0.273	0.174	0.221	0.003	0.981	-	-	0.234	0.098
Young Mani	0.221	0.119	0.134	0.347	0.062	0.667	0.178	0.212	-	-	0.221	0.119
BİDO Total	0.126	0.380	0.119	0.405	0.055	0.700	0.084	0.558	-	-	0.094	0.510
BİDO-Aktif İntihar Arzusu	0.333	0.017	0.132	0.357	0.086	0.549	0.212	0.136	-	-	0.192	0.178
BİDO-Pasif İntihar Arzusu	0.123	0.391	0.128	0.369	0.067	0.643	0.088	0.537	-	-	0.102	0.476
BİDO-İntihar Arzusu	0.374	0.007	0.176	0.216	0.102	0.477	0.228	0.108	-	-	0.232	0.101
BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri	0.436	0.001	0.181	0.204	0.249	0.078	0.395	0.004	-	-	0.316	0.024
BİDO-İntihar Düşüncesi	0.400	0.004	0.186	0.191	0.112	0.434	0.235	0.096	-	-	0.259	0.066
BİDO- Hazırlık	0.430	0.002	0.402	0.003	0.485	<0.001	0.700	<0.001	-	-	0.347	0.013
HAM-A Total	0.414	0.003	0.298	0.034	0.308	0.028	0.262	0.064	-	-	0.422	0.022
HAM-A Psşik	0.341	0.014	0.334	0.017	0.378	0.006	0.264	0.061	-	-	0.434	0.001
HAM-A Somatik	0.400	0.004	0.143	0.318	0.145	0.311	0.218	0.125	-	-	0.277	0.049

r: Spearman İlişki Katsayısı, -Tüm değerler aynı olduğu test sonucu verilemez.

Bipolar grubunda yer alan bireylerin %26.4'ünde (n=14) DES ≥ 30 , unipolar grubundaki bireylerin %13.7'sinde (n=7) DES ≥ 30 olduğu belirlenmiştir. Bipolar-Unipolar gruplamasına göre DES sınıflaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır(p>0.05)(Tablo7)

Tablo 7. Gruplara Göre DES Sınıflamasının Karşılaştırılması

	Bipolar (n=53)	Unipolar (n=51)	Test istatistiği	
	n (%)	n (%)	χ^2	p
DES Sınıflaması				
<30	39 (73.6)	44 (86.3)	$\chi^2=2.597$	0.107
≥ 30	14 (26.4)	7 (13.7)		

χ^2 :Ki kare Testi

Hastalık Başlangıç Yaşı ile DES, DES-Absorbsiyon, DES-Depersonalizasyon/Derealizasyon, DES-Taxon puanları arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0.301;p=0.002, r=-0.329;p=0.001, r=-0.226;p=0.021 r=-0.258;p=0.008).

Hastalık Süresi ile BPRS, HAM-D puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=0.208;p=0.034, r=0.229;p=0.019).

Yatış Sayısı ile Toplam Scid, DES, DES-Amnezi, DES-Depersonalizasyon/Derealizasyon, DES-Taxon, BPRS, HAM-D, BİDO-Aktif İntihar Arzusu, BİDO-İntihar Arzusu, BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri, BİDO-İntihar Düşüncesi Kesinliği, HAM-A Psişik puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=0.295;p=0.002, r=0.208;p=0.034, r=0.292;p=0.003, r=0.245;p=0.012, r=0.257;p=0.008, r=0.274;p=0.005, r=0.279;p=0.004, r=0.263;p=0.007, r=0.290;p=0.003, r=0.346;p<0.001, r=0.315;p=0.001, r=0.255;p=0.009). Yatış Sayısı ile BİDO Total, HAM-A Total puanları arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=0.197;p=0.045, r=0.194;p=0.049).

Mani Sayısı ile Toplam Scid, DES-Amnezi, DES-Depersonalizasyon/Derealizasyon, DES-Taxon, BPRS, HAM-D, HAM-A Total, HAM-A Psişik puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.291;p=0.003$, $r=0.219;p=0.026$, $r=0.235;p=0.017$, $r=0.270;p=0.006$, $r=0.283;p=0.004$, $r=0.335;p=0.001$, $r=0.246;p=0.012$, $r=0.338;p<0.001$). Mani Sayısı ile DES puanı arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.194;p=0.049$). Mani Sayısı ile Young Mani puanı arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0.225;p=0.022$).

Hipomani Sayısı ile HAM-D puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.236;p=0.016$).

Depresyon Sayısı ile BPRS, HAM-D, BİDO-İntihar Arzusu, BİDO-Hazırlık, HAM-A Total, HAM-A Psişik, HAM-A Somatik puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.349;p<0.001$, $r=0.308;p=0.001$, $r=0.272;p=0.005$, $r=0.226;p=0.021$, $r=0.293;p=0.003$, $r=0.312;p=0.001$, $r=0.202;p=0.039$). Depresyon Sayısı ile BİDO Total, BİDO-Aktif İntihar Arzusu, BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri puanları arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.194;p=0.048$, $r=0.194;p=0.049$, $r=0.195;p=0.047$) (Tablo 8).

Tablo 8. Bireylerin Hastalık Başlangıç Yaşı, Hastalık Süresi, Yatış Sayısı, Mani Sayısı, Hipomani Sayısı, Depresyon Sayısı ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

	Hastalık Başlangıç Yaşı		Hastalık Süresi		Yatış Sayısı		Mani Sayısı		Hipomani Sayısı		Depresyon Sayısı	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Toplam Scid	-0.177	0.073	0.038	0.703	0.295	0.002	0.291	0.003	0.076	0.444	0.176	0.104
DES	-0.301	0.002	0.048	0.628	0.208	0.034	0.194	0.049	0.150	0.128	0.087	0.382

DES-Amnezi	-0.187	0.058	0.083	0.404	0.292	0.003	0.219	0.026	0.160	0.104	0.188	0.056
DES-Absorbsiyon	-0.329	0.001	0.001	0.997	0.044	0.659	0.076	0.446	0.172	0.081	0.058	0.560
DES-Depersonalizasyon/ Derealizasyon	-0.226	0.021	0.048	0.630	0.245	0.012	0.235	0.017	0.038	0.699	0.003	0.977
DES-Taxon	-0.258	0.008	0.077	0.435	0.257	0.008	0.270	0.006	0.099	0.317	0.140	0.156
BPRS	-0.033	0.742	0.208	0.034	0.274	0.005	0.283	0.004	0.166	0.092	0.349	<0.001
HAM-D	-0.022	0.826	0.229	0.019	0.279	0.004	0.335	0.001	0.236	0.016	0.308	0.001
Young Mani	-0.015	0.879	-0.116	0.241	-0.132	0.181	-0.225	0.022	-0.011	0.910	-0.086	0.384
BİDO Total	0.085	0.391	-0.014	0.884	0.197	0.045	0.077	0.437	0.111	0.261	0.194	0.048
BİDO-Aktif İntihar Arzusu	-0.004	0.966	0.117	0.238	0.263	0.007	0.068	0.494	-0.019	0.847	0.194	0.049
BİDO-Pasif İntihar Arzusu	0.075	0.447	-0.053	0.590	0.177	0.072	0.051	0.611	0.133	0.179	0.147	0.137
BİDO-İntihar Arzusu	-0.031	0.759	0.108	0.276	0.290	0.003	0.098	0.323	0.143	0.146	0.272	0.005
BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri	-0.065	0.510	-0.039	0.694	0.346	<0.001	0.097	0.326	0.048	0.628	0.195	0.047
BİDO-İntihar Düşüncesi	0.018	0.855	0.082	0.410	0.315	0.001	0.069	0.489	0.125	0.206	0.186	0.059
BİDO-Hazırlık	-0.030	0.760	-0.041	0.682	0.164	0.096	0.040	0.686	0.090	0.364	0.226	0.021
HAM-A Total	-0.022	0.823	0.115	0.246	0.194	0.049	0.246	0.012	0.142	0.151	0.293	0.003
HAM-A Psişik	-0.139	0.159	0.094	0.340	0.255	0.009	0.338	<0.001	0.156	0.114	0.312	0.001
HAM-A Somatik	0.133	0.177	0.081	0.412	0.099	0.318	0.062	0.529	0.119	0.230	0.202	0.039

r: Spearman İlişki Katsayısı

Bireylerin 26'sı ilaçla, 9'unda yüksekten atlama, 4'ünde kesici aletle yaralama, 3'ünde diğer yöntemleri kullanarak geçmişte suisid girişim yaptığı belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Geçmiş Suisid Girişimde Kullanılan Yöntemlerin Dağılımı

	n (%)
İlaçla	26 (25.0)
Yüksekten atlama	9 (8.7)
Kesici aletle yaralama	4 (3.8)
Diğer	3 (2.9)

Bipolar depresif hastalarda SCID tanısı alan bireylerin BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri puan ortalaması 0.53 ± 1.02 , SCID tanısı almayan bireylerin BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri puan ortalaması 0.03 ± 0.17 olduğu belirlenmiştir. Bipolar depresif hastalarda SCID tanısı alma durumuna göre bireylerin BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2.597$, $p=0.009$). Bipolar depresif hastalarda SCID tanısı alma durumuna göre bireylerin diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Bipolar Depresif Hastalarda Dissosiyasyon Bozukluğu Ek Tanı Alma Durumuna Göre BİDO ve Ham-A Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	SCID-D TANISAL		Test İstatistiği	
	Var (n=19)	Yok (n=34)		
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	z; t	p
BİDO Total	5.53±7.48 2.0 (0-22)	3.06±4.26 2.0 (0-18)	z=0.424	0.671
BİDO-Aktif	0.95±1.78	0.32±0.77	z=1.279	0.201
İntihar Arzusu	0.0 (0-6)	0.0 (0-3)		

BİDO-Pasif İntihar Arzusu	2.00±2.31 2.0 (0-7)	1.56±1.71 1.0 (0-6)	z=0.389 0.697
BİDO-İntihar Arzusu	1.32±1.89 0.0 (0-6)	0.32±0.64 0.0 (0-2)	z=1.910 0.056
BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri	0.53±1.02 0.0 (0-3)	0.03±0.17 0.0 (0-1)	z=2.597 0.009
BİDO-İntihar Düşüncesi Kesinliği	0.53±0.90 0.0 (0-3)	0.35±0.69 0.0 (0-2)	z=0.672 0.502
BİDO-Hazırlık	0.21±0.63 0.0 (0-2)	0.00±0.00 0.0 (0-0)	z=1.910 0.056
HAM-A Total	17.37±4.28 16.0 (11-28)	16.21±5.44 16.0 (6-26)	t=0.802 0.426

z:Mann Whitney U Testi, t:Bağımsız Örneklem T Testi

Dissosiyasyon bozukluğu ek tanısı alanların gruplara göre bireylerin BİDO ve Ham-A ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Dissosiyasyon Bozukluğu Ek Tanısı Alan Bireylerin Gruplara Göre BİDO ve Ham-A Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	GRUP		Test İstatistiği	
	Bipolar (n=19)	Unipolar (n=7)		
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	z; t	p
BİDO Total	5.53±7.48 2.0 (0-22)	5.29±10.34 0.0 (0-28)	z=0.402	0.735
BİDO-Aktif İntihar Arzusu	0.95±1.78 0.0 (0-6)	1.14±2.61 0.0 (0-7)	z=0.071	0.955
BİDO-Pasif İntihar Arzusu	2.00±2.31 2.0 (0-7)	1.71±2.63 0.0 (0-7)	z=0.403	0.735

BİDO-İntihar Arzusu	1.32±1.89 0.0 (0-6)	1.14±2.27 0.0 (0-6)	z=0.496 0.692
BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri	0.53±1.02 0.0 (0-3)	0.43±1.13 0.0 (0-3)	z=0.510 0.735
BİDO-İntihar Düşüncesi Kesinliği	0.53±0.90 0.0 (0-3)	0.43±0.79 0.0 (0-2)	z=0.177 0.910
BİDO-Hazırlık	0.21±0.63 0.0 (0-2)	0.43±1.13 0.0 (0-3)	z=0.365 0.866
HAM-A Total	17.37±4.28 16.0 (11-28)	20.29±5.53 17.0 (14-28)	t=1.426 0.167

z:Mann Whitney U Testi, t:Bağımsız Örneklem T Testi

Bipolar depresif hastalarda DES puanı 30 ve üzerinde olan bireylerin BİDO Total puan ortalaması 6.71±6.75, DES puanı 30'dan düşük olan bireylerin BİDO Total puan ortalaması 2.95±4.97 olduğu belirlenmiştir. Bipolar depresif hastalarda DES sınıflamasına göre bireylerin BİDO Total puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (z=2.067, p=0.039). Ayrıca Bipolar depresif hastalarda DES sınıflamasına göre bireylerin BİDO-Aktif İntihar Arzusu, BİDO-İntihar Arzusu, BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri, BİDO-Hazırlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p<0.05). Bipolar depresif hastalarda DES puanı 30 ve üzerinde olan bireylerin BİDO-Aktif İntihar Arzusu, BİDO-İntihar Arzusu, BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri, BİDO-Hazırlık puan ortalaması DES puanı 30'dan düşük olanlara göre daha yüksektir. Bipolar depresif hastalarda DES sınıflamasına göre bireylerin BİDO-Pasif İntihar Arzusu, BİDO-İntihar Düşüncesi Kesinliği, HAM-A Total puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 12).

Tablo 12. DES puanı 30 üzerinde olan Bipolar Depresif Hastalarda BİDO ve Ham-A Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	DES SINIFLAMASI		Test İstatistiği	
	<30 (n=39)	≥30 (n=14)		
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	z; t	p
BİDO Total	2.95±4.97 1.0 (0-21)	6.71±6.75 5.0 (0-22)	z=2.067	0.039
BİDO-Aktif İntihar Arzusu	0.33±0.89 0.0 (0-4)	1.14±1.83 0.0 (0-6)	z=2.107	0.035
BİDO-Pasif İntihar Arzusu	1.41±1.82 1.0 (0-7)	2.57±2.06 2.5 (0-6)	z=1.926	0.054
BİDO-İntihar Arzusu	0.41±1.09 0.0 (0-6)	1.43±1.60 1.0 (0-5)	z=2.762	0.006
BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri	0.10±0.50 0.0 (0-3)	0.50±0.94 0.0 (0-3)	z=2.329	0.020
BİDO-İntihar Düşüncesi Kesinliği	0.28±0.60 0.0 (0-2)	0.79±1.05 0.0 (0-3)	z=1.813	0.070
BİDO-Hazırlık	0.00±0.00 0 (0-0)	0.29±0.73 0.0 (0-2)	z=2.383	0.017
HAM-A Total	16.31±5.16 16.0 (6-26)	17.50±4.77 17.0 (11-28)	t=0.756	0.453

z: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi

Dissosiyasyon bozukluğu ek tanısı alanların gruplara göre bireylerin BİDO ve Ham-A ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13).

Tablo 13. DES puanı 30 üzerinde olan Bireylerin Gruplara Göre BİDO ve Ham-A Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	GRUP		Test İstatistiği	
	Bipolar (n=14)	Unipolar (n=7)		
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	z; t	p
BİDO Total	6.71±6.75 5.0 (0-22)	6.43±10.36 0.0 (0-28)	z=0.730	0.488
BİDO-Aktif İntihar Arzusu	1.14±1.83 0.0 (0-6)	1.43±2.57 0.0 (0-7)	z=0.083	0.934
BİDO-Pasif İntihar Arzusu	2.57±2.06 2.5 (0-6)	1.86±2.67 0.0 (0-7)	z=0.849	0.443
BİDO-İntihar Arzusu	1.43±1.60 1.0 (0-5)	1.43±2.22 0.0 (0-6)	z=0.397	0.743
BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri	0.50±0.94 0.0 (0-3)	0.57±1.13 0.0 (0-3)	z=0.047	0.963
BİDO-İntihar Düşüncesi Kesinliği	0.79±1.05 0.0 (0-3)	0.71±0.95 0.0 (0-2)	z=0.083	0.971
BİDO-Hazırlık	0.29±0.73 0.0 (0-2)	0.43±1.13 0.0 (0-3)	z=0.123	0.902
HAM-A Total	17.50±4.77 17.0 (11-28)	19.43±7.09 19.0 (8-28)	t=0.743	0.467

z: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi

Tıbbi ek hastalık durumuna göre bireylerin Toplam SCID-D, DES, DES-Taxon, HAM-D puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca ek hastalık durumuna göre bireylerin depresyon sayıları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Tıbbi Ek Hastalık Durumuna Göre SCID-D, DES ve Depresyon Sayısı Değerlerinin Karşılaştırılması

	Tıbbi EK HASTALIK		Test İstatistiği	
	Var (n=65)	Yok (n=39)		
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	z	p
Toplam SCID-D	6.03±1.76 5.0 (5-12)	6.08±2.06 5.0 (5-13)	z=0.076	0.940
DES	20.13±14.41 17.8 (0.0-62.5)	22.09±15.07 19.6 (2.5-64.0)	z=0.675	0.500
DES-Taxon	13.82±15.17 7.5 (0.0-68.7)	15.54±15.01 13.7 (0.0-53.7)	z=0.744	0.457
HAM-D	18.06±4.98 18.0 (8-32)	18.33±4.97 18.0 (11-35)	z=0.064	0.949
Depresyon Sayısı	4.68±3.25 3.0 (1-14)	4.13±2.96 3.0 (1-10)	z=0.971	0.332

z: Mann Whitney U Testi

Dissosiyasyon bozukluğu ek tanısı alanların gruplara göre Tıbbi Ek Hastalık, Geçmiş Suisid, ÇÇTÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Dissosiyasyon Bozukluğu Ek Tanısı Alan Bireylerin Gruplara Göre Tıbbi Ek Hastalık, Geçmiş Suisid, ÇÇTÖ Karşılaştırılması

	GRUP		Test istatistiği
	Bipolar (n=19)	Unipolar (n=7)	
	n (%)	n (%)	p*
Ek Hastalık			
Var	12 (63.2)	4 (57.1)	0.562
Yok	7 (36.8)	3 (42.9)	
Geçmiş Suisid			
Var	9 (47.4)	5 (71.4)	0.261
Yok	10 (52.6)	2 (28.6)	
ÇÇTÖ			
Var	6 (31.6)	2 (28.6)	0.639
Yok	13 (68.4)	5 (71.4)	

*Fisher Exact test sonuçları verilmiştir.

DES sınıflamasına göre bireylerin Toplam Scid, DES-Amnezi, DES-Absorbsiyon, DES-Depersonalizasyon/Derealizasyon, DES-Taxon, BPRS, HAM-D, Young Mani, BİDO Total, BİDO-Aktif İntihar Arzusu, BİDO-Pasif İntihar Arzusu, BİDO-İntihar Arzusu, BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri, BİDO-İntihar Düşüncesi Kesinliği, BİDO-Hazırlık, HAM-A Total, HAM-A Psişik, HAM-A Somatik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). DES puanı 30 ve üzerinde olan bireylerin Toplam Scid, DES-Amnezi, DES-Absorbsiyon, DES-Depersonalizasyon/Derealizasyon, DES-Taxon, BPRS, HAM-D, Young Mani, BİDO Total, BİDO-Aktif İntihar Arzusu, BİDO-Pasif İntihar Arzusu, BİDO-İntihar Arzusu, BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri, BİDO-İntihar Düşüncesi Kesinliği, BİDO-Hazırlık, HAM-A Total, HAM-A Psişik, HAM-A Somatik puan ortalaması DES puanı 30'dan düşük olanlara göre daha yüksektir (Tablo 16).

Tablo 16. DES Sınıflamasına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	DES SINIFLAMASI		Test İstatistiği	
	<30 (n=83)	≥30 (n=21)		
	Ort±SS Medyan (Min-Max)	Ort±SS Medyan (Min-Max)	z; t	p
Toplam Scid	5.51±1.22 5.0 (5-11)	8.19±2.40 8.0 (5-13)	z=5.385	<0.001
DES-Amnezi	10.99±9.09 9.0 (0-38)	37.09±12.97 34.0 (19-68)	z=6.472	<0.001
DES-Absorbsiyon	23.26±12.96 21.8 (0.0-50.9)	51.29±12.71 48.2 (30.0-80.0)	z=6.269	<0.001
DES-Depersonalizasyon /Derealizasyon	8.59±9.35 5.7 (0.0-34.3)	41.09±17.73 44.3 (17.1-84.3)	z=6.532	<0.001
DES-Taxon	9.31±8.75 6.2 (0-35)	34.83±17.56 36.2 (6.1-68.7)	z=5.669	<0.001
BPRS	19.49±8.51 19.0 (5-75)	23.33±5.92 23.0 (14-41)	z=2.819	0.005

HAM-D	17.59±4.46 17.0 (8-28)	20.43±6.16 19.0 (10-35)	$z=2.097$	0.036
Young Mani	1.61±2.28 1.0 (0-17)	2.62±1.75 2.0 (0-6)	$z=2.805$	0.005
BİDO Total	2.22±4.02 1.0 (0-21)	6.62±7.86 5.0 (0-28)	$z=2.243$	0.025
BİDO-Aktif İntihar Arzusu	0.33±0.92 0.0 (0-5)	1.24±2.05 0.0 (0-7)	$z=2.912$	0.004
BİDO-Pasif İntihar Arzusu	1.19±1.55 1.0 (0-7)	2.33±2.24 2.0 (0-7)	$z=2.056$	0.040
BİDO-İntihar Arzusu	0.29±0.85 0.0 (0-6)	1.43±1.78 1.0 (0-6)	$z=3.855$	<0.001
BİDO-İntihar Davranışının Koruyucu Faktörleri	0.07±0.41 0.0 (0-3)	0.52±0.98 0.0 (0-3)	$z=3.596$	<0.001
BİDO-İntihar Düşüncesi Kesinliği	0.19±0.50 0.0 (0-2)	0.76±0.99 0.0 (0-3)	$z=3.095$	0.002
BİDO-Hazırlık	0.00±0.00 0.0 (0-0)	0.33±0.86 0.0 (0-3)	$z=3.477$	0.001
HAM-A Total	14.59±4.90 14.0 (4-26)	18.14±5.54 17.0 (8-28)	$t=2.888$	0.005
HAM-A Psşik	7.59±3.08 7.0 (1-15)	9.62±3.14 10.0 (5-19)	$z=2.629$	0.009
HAM-A Somatik	7.01±2.70 7.0 (1-14)	8.52±3.75 9.0 (1-15)	$z=2.139$	0.032

z: Mann Whitney U Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi

5. TARTIŞMA

Çalışmamız bildiğimiz kadarıyla, Türkiye’de bipolar bozukluğun depresif döneminde dissosiyasyon sıklığını inceleyen ilk çalışmadır. Çalışmamızda kontrol grubunu unipolar depresif hasta popülasyonu almamız hem o hasta grubundaki dissosiyasyon sıklığını görmek hem de sadece depresyonun değil bipolaritenin artmış bir risk olup olmadığını görmemizi sağlamıştır. Birinci amacımız bu olmakla birlikte, depresif dönemde görülen dissosiyasyonun intihar ve anksiyete üzerine etkilerini de irdeledik.

Sosyodemografik özelliklere bakılacak olursa yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş BD ve UD gruplarına göre medeni durum, çocuk durumu, eğitim durumu değerlerinin benzer olduğunu saptadık. Ülkemizde yapılan, 2007 yayınlı bir çalışmada, eğitim durumu açısından bipolar depresyon grubunda unipolar gruba göre daha yüksek eğitim düzeyi saptamıştır (143). Bizim örneklemimizde lisans mezunu hasta sayısı unipolar gruptan fazla olsa da eğitim durumuna genel bakışta anlamlı bir fark bulunmamıştır. Artan duygudurum atağı ve hastane yatışı sayısının işsiz kalma riskini artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (144–146). Bizim çalışmamızda bipolar grupta unipolar gruba göre daha fazla olan hastane yatışı ve atak sayısı göze alındığında bipolar grupta beklendiği üzere çalışan hasta sayısı daha az görülmüştür.

Bipolar grubunda yer alan bireylerin hastalık başlangıç yaş ortalamasını 25.58 ± 8.80 , unipolar grubundaki bireylerin hastalık başlangıç yaş ortalamasını 30.53 ± 11.96 saptadık ve literatürle uyumlu şekilde BB’un daha erken yaşta başladığını gördük. Çoğu çalışmada hastalık başlangıç yaşının BB’da MDB’den belirgin biçimde düşük olduğu (147–150), BB tanısı olanların yarısından fazlasında 20 yaşından da önce olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (67,151). Türkiye’de yapılan bir çalışmada UD ve BB gruplar arasında başlangıç yaşında anlamlı farklılık görülmemiştir fakat bu durumu, çalışmaya alınan hastaların tek epizod değil yineleyici depresyon grubunun alınmış olmasına ve bu hastaların erken başlangıç sebebi ile ileride bipolar bozukluğuna dönebileceği düşünülmüştür (143).

Bipolar grubundaki bireylerin hastalık süresi, yatış sayısı, depresyon sayısı ortalaması unipolar grubuna göre daha yüksek tespit ettik. Bipolar depresyon ile MDB klinik özelliklerini inceleyen büyük çok merkezli çalışmalara bakıldığında benzer şekilde depresyon atak sayılarının bipolar grupta daha fazla olduğu gösterilmiştir (143,152). Literatürde bulduğumuz sonuçları destekleyen çalışmalar olduğu gibi (67,153), MDB tanı olguların daha fazla sayıda hastane yatışı olduğu ve epizod yaşadığını öne süren çalışmalar da mevcuttur. (154,155) Daha fazla depresyon atağı olan hastalarda anksiyetenin ve intihar düşüncesinin literatürle uyumlu şekilde daha belirgin olduğunu gözlemledik (156,157).

HAM-D ve BPRS puan ortalamaları BB grupta daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir. Bipolar grupta HAM toplam puanı ve psikişik alt puanı anlamlı yüksek bulunmuştur. Anksiyete semptomlarının bipolar grupta daha yüksek saptanması literatürü destekleyen bir bulgudur (158,159). BPRS'in BB grupta daha yüksek saptanması o grupta daha fazla psikotik özelliklerin olması sebebi ile olmuş olabilir (65), bizim çalışmamızda alt faktörlere bakılmamıştır fakat alt faktörlere bakılması bu konuda netlik oluşturabilirdi. 2021 yılında Gaziantep'te yapılan bir araştırmada ve Şahinol'un çalışmasında HAM-D skoru ve 2023 yılında Ankara'da yapılan bir araştırmada bulgularımıza zıt düşen şekilde HAM-D ve HAM-A skorları BD ve UD grupları arasında istatistiksel anlamda farklı bulunmamıştır (143,160,161).

Bipolar bozukluk aile öyküsü olan UD bireylerde, YMRS bazı maddelerde daha yüksek skorlar gösteren çalışmalar mevcuttur (162,163). Çalışmamızda, UD grupta YMRS skorları BD gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. YMRS skorunun yüksek saptanması karma özellikli depresyonu akla getirmektedir (164,165). BB'a yanlış olarak en sık unipolar depresyon tanısı konulduğu da düşünüldüğünde (166,167), örneklemimizde unipolar grupta henüz tanı almamış bipolar bozukluğu olan bireyler olabileceğini düşündük.

Bipolar grubunda yer alan bireylerin %30.2'sinde, unipolar grubundaki bireylerin %3.9'unda geçmişte EKT tedavisi aldıklarını ve bunun istatistiksel anlamlı olduğunu saptadık. EKT, farmakolojik tedaviye dirençli olan hem unipolar hem de bipolar depresif

hastalar için etkili bir seçenek olarak ortaya çıkmakla birlikte UD tanılı hastalarda daha iyi klinik yanıt alındığını gösteren çalışmalar mevcuttur (168–170). Bununla birlikte çalışmamızda bipolar grupta daha fazla hastanın öyküsünde EKT olmasının sebebinin örneklemimizdeki bipolar hastaların klinik durumuna, semptomların şiddetine, intihar düşüncelerine ve tedaviye verdiği yanıtla ilgili olabileceği düşünüldü. Bipolar grupta antipsikotik ve duygudurum düzenleyici kullanımını, unipolar grupta antidepresan ve benzodiazepin kullanımının fazla olduğunu saptadık. Avrupa’da yapılan çok merkezli çalışmada MDB tanısı olan hastaların yaklaşık %30’unda benzodiazepin kullanıldığı gösterilmiştir, buna bakıldığında bipolar gruba göre sayıca daha fazla unipolar hastada kullanılsa da %13.7 çok yüksek gözükmemektedir (171).

Her iki grupta eşlik eden tıbbi hastalık oranının yakın olduğunu ve DB komorbiditesi olan BD ve UD bireyler arasında da anlamlı bir fark olmadığını saptadık. Bu çalışma, bildiğimiz kadarıyla bipolar ve unipolar hastalarda dissosiyasyon komorbiditesi ve ek tıbbi hastalık açısından yapılan ilk araştırmadır fakat örneklemimizin dar olması sebebi ile daha geniş bir örneklem ile değerlendirmek daha aydınlatıcı olacaktır.

BB tanısı olan 19 (%35.8) ve UD tanısı olan 14 (%27.5) bireyin geçmişte intihar girişimi olduğunu saptadık. Bu girişimlerde en fazla kullanılan yöntem olan fazla ilaç alımı %25 oranında bulunurken, onu takip edenler sırasıyla yüksekten atlama, kesici aletle yaralama ve farklı yöntemler olmuştur. İki grup arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmamıştır. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada bizim bulgularımıza benzer şekilde en sık kullanılan yöntemin ilaçla intihar olduğu gösterilmiştir (172). Literatürde bipolar depresif hastalar ve unipolar depresif hastaların karşılaştırdığı ve bulgularımıza benzer şekilde iki grup arasında intihar girişiminde anlamlı fark olmadığı sonucuna ulaşan çalışmalar mevcuttur (143,148,173). Çalışmamızda geçmiş intihar girişimi öyküsü, intihar yöntemleri ve intihar düşüncesi açısından iki grup arasında farklılık görülmemesine rağmen literatürde BB tanısı olan vakalarda intiharın, depresyon dönemine özgü olarak arttığına ve bipolar grubun daha ölümcül yöntemler denediğine dair yaygın bir kabul bulunmaktadır (174,175) Literatürde intihar veya kendini yaralama davranışı unipolar gruba kıyasla bipolar tanısı olan kişilerde daha yüksek raporlandığı birçok çalışma

mevcuttur (176–179). Bipolar bozuklukta pür maniye kıyasla depresif epizodda yaklaşık 35 kat artmış intihar riski bulunur (180) ve artan depresif semptomlarla intihar davranışının arttığını gösteren araştırmalar bildirilmiştir (181–184). Örneklemimizde bipolar grupta daha yüksek oranda intihar düşüncesi görmememizin sebebi, hastaların neredeyse tamamının en azından intihara karşı koruyucu etkiye sahip bir duygudurum düzenleyici ve/veya antipsikotik kullanımı olması ve bipolar hastalarda intihar riskini artırdığı bilinen antidepressan kullanımının (176,185,186) az olması sayesinde olabilir. Araştırmalarımız bipolar bozukluk tanısı olan hastaların intihar riskinin önemli bir sorun olduğunu ve özellikle depresyon dönemlerinde dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Hastalarla yapılan görüşmeler sırasında geçmiş travma öyküsü ve özellikle çocukluk çağı travması sorgulanarak değerlendirildi. Örneklemimizin tamamına baktığımızda Bipolar grupta toplam 18 hastanın geçmiş travma öyküsü olduğu ve bunların 15'inin çocukluk çağı travması olduğunu, unipolar grupta ise toplam 22 hastanın geçmiş travma öyküsü olduğu ve bunların 16 tanesinin çocukluk çağı travması olduğunu bulduk. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Birçok araştırmaya bakıldığında BB hastalarındaki çocukluk çağı travma oranının %45-%68 bandında değiştiği görülmekle birlikte (71,187–192) bizim çalışmamızda bu oran %28.3 bulunmuştur. Literatürde BB ve MDB hasta gruplarında ÇÇT sıklığıyla alakalı birbirinden farklı sonuçlar görülmektedir. Bazı çalışmalarda bipolar grupta daha yüksek oranlar görülürken (158,193) kimi çalışmada unipolar grupta daha yüksek oranların saptandığı görüldü (194). Bizim çalışmamıza benzer şekilde, İbiloğlu ve Çayköylü'nün 2011'de yayınladığı çalışmada iki grup arasında çocukluk çağı ve geçmiş travma öyküsünde anlamlı fark gözlenmediği raporlanmıştır (148). Literatür, ÇÇT'nin stres yanıtlarının kalıcı duyarlılaşması ile bağlantılı olduğunu ve HPA aksı dinamiklerinde değişikliklere ve inflamasyonu artırarak bu şekilde depresyon gelişimine risk oluşturduğunu öngörmektedir (195,196). Depresif ve sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında ÇÇT sıklığının depresif hastalarda daha fazla olduğu kanıtlanmıştır (197–200), fakat bizim çalışmamızda sağlıklı bireyler örnekleme dahil edilmediği için toplumdaki ÇÇT sıklığını öngörmek ve örneklemimizde ilişkisini tartışmak mümkün olmamaktadır.

Ülkemizde son yıllarda çocukluk döneminde yaşanan travmalara yönelik araştırmalar artmıştır ve yapılan çalışmalarda ÇÇT ve dissosiyasyon arasında anlamlı ilişki saptayan çalışmalar mevcuttur (201,202). Yılmaz ve arkadaşlarının 2016 yılında yayınladığı bir çalışmada ÇÇT öyküsü olan BB hastaları incelenmiştir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde ÇÇT ile dissosiyatif semptomlar arasında ilişki saptanmadığı görülmüştür (75). Çalışmamızda en sık saptanan dissosiyatif bozukluğun amnezi olması ve ÇÇT ile dissosiyasyon arasında anlamlı ilişki bulmamamızın sebebi, küçük örneklemimiz olması ve dissosiyatif yaşantıları olan hastaların çocukluk döneminde yaşadığı travmatik olaya karşı dissosiyatif amnezi geliştirmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde BB ve dissosiyatif bozukluğun komorbiditesini gösteren çoğu yayının ötimik hasta grubuyla yapıldığı görüldü. Bildiğimiz kadarı ile, BB depresif dönem hastalarında ve MDB hastalarında dissosiyatif semptomların şiddetini değerlendiren beş çalışma vardır. Bu çalışmaların dördünde, dissosiyatif semptomlar BD'de MDB'ye göre daha belirgindi (10,11,203,204), bir çalışmada ise benzer düzeyde bulunmuştur (205). Oedegaard ve arkadaşlarının 2008'de yayınladıkları çalışmada 24 BB-II tanısı olan ve 41 MDB tanısı olan hasta alınmış, ortalama DES skoru ve DES-T hesaplanmıştır. BB-II grubunda DES ortalama skoru 16.8, DES-T skoru 12.7 saptanırken, MDB grubunda DES ortalama skoru 9.0, DES-T 5.7 saptanmıştır (11) Mula ve ark. 2010 yılında yayınladıkları çalışmada SCI-DER ölçeğinin depersonalizasyon faktörü puanlarına bakıldığında BD grubunda MDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bildirilmiştir (203). 2018 yılında Chatterjee ve ark. yayınladıkları bir çalışmada, 35 BD ve 36 UD dahil edilerek DES ile değerlendirilmiştir. DES ortalama skoru BD grubunda 16.74 ± 9.98 ve UD grubunda 10.42 ± 7.16 bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (10). Souery ve arkadaşlarının BD ve UD bireyleri inceledikleri 2012 yılında yayınlanan çalışmada BB'da depersonalizasyonun belirgin daha yüksek görüldüğünü ve unipolar depresyondan ayrımda fayda sağlayabileceğinden bahsetmişlerdir (204). Bu dört çalışmaya benzer şekilde bizim çalışmamızda da BD grubunda UD grubuna göre daha fazla hasta SCID ile dissosiyatif bozukluk tanısı almış ve daha yüksek DES ortalama skorları almıştır. Li ve arkadaşlarının yayınladığı çalışmada ise 19 maddenin özbidirim 8 maddenin görüşmeci tarafından

doldurulduğu CADSS ölçeği kullanılarak dissosiyasyon değerlendirilmiş fakat BD ve UD grupları arasında anlamlı bir farklılıktan bahsedilmemiştir (205).

Bipolar grup unipolar gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla dissosiyatif bozukluk tanısı, SCID-D ortalama puanı ve DES puanı almıştır. Bizim çalışmamızda SCID-D ile yapılan değerlendirmede bipolar grubun %35.8'i (n=19) dissosiyatif bozukluk tanısı almıştır. Unipolar grupta ise bu oran %13.7(n=7) saptanmıştır. Çalışmamızda DES ortalama puanı BB grupta 23.92 ± 15.24 , UD grupta 17.69 ± 13.36 , DES-taxon puanları ise BB grupta 17.86 ± 15.24 , UD grupta 10.94 ± 14.17 saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı olarak BB'da yüksek bulundu. DES alt grupları olan amnezi ve depersonalizasyon/derealizasyon puanları da bipolar grupta anlamlı yüksek saptanmıştır. Literatüre baktığımızda BB ve DES alt ölçeklerinin incelendiği sadece iki çalışmaya rastladık ve bu çalışmalar ötimik dönemdeki hastalar ve sağlıklı kontrollerin dahil edildiği çalışmalardı. Birinde her üç alt ölçek kontrol grubuna göre anlamlı çıkarken, diğer çalışmada BB grubun içerisinde DP/DR ve amnezi bir boyut, absorbsiyon bir boyut olarak incelenip absorbsiyon daha yüksek bulunmuştur (206,207).

Ülkemizde 2013'te yürütülen ve BB tanısı olan ötimik kişiler ve sağlıklı gönüllülerin dahil edildiği bir çalışmada hastalar SCID ve DES ile değerlendirilerek, çalışmamıza benzer şekilde bipolar grupta herhangi bir dissosiyatif bozukluk komorbidite oranı %35.4 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada en sık görülen alt tipin depersonalizasyon bozukluğu (%17,6) olduğu, ikinci en sık alt tipin %15.6 ile BTA dissosiyatif bozukluk olduğu saptanmış ve semptom düzeyinde amnezi %17.6, DP %25.4, DR %19.6, kimlik konfüzyonu %9.8, kimlik değişimi %5.8 oranlarında bildirilmiştir (7). Bizim çalışmamızda bipolar grupta alt tiplerden amnezi ve BTA dissosiyatif bozukluk %15.1 oranında saptanarak diğer alt tiplerinden fazla görülmüştür. Depersonalizasyon bozukluğu ise %11.3 sonuçlanarak, Tekin'in yürüttüğü çalışmadan daha düşük saptanmıştır. Bu durum remisyonadaki hastaların daha fazla depersonalizasyon semptomları yaşadığını, depresif dönemdeki hastalarda ise atağın etkisi ile amnezinin daha baskın olduğunu düşündürmüştür. Semptom düzeylerine göre, amnezi %39.7, depersonalizasyon %26.4, derealizasyon %17, kimlik konfüzyonu %17 ve kimlik değişimi ise %1.9 oranlarında

gözlemledik. Semptom düzeyinde unipolar gruba kıyasla bipolar grupta sadece amnezi istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Yayla ve arkadaşlarının 2014'te yayınladığı çalışmada da SCID-D kullanılmış ve dissosiyasyon tanısı olan hastalarda bipolar bozukluk ilişkisi gösterilmiştir (208). 2016'da yayınlanan Bakım ve arkadaşlarının araştırmasında yatarak tedavi gören 149 BB tanılı hastaya SCID-D ile tarama yapıldığında bizim çalışmamıza benzer oranda %15,4 BTA dissosiyatif bozukluk saptanmıştır, fakat farklı oranlarda DKB (%2.6) ve amnezi (%0.6) tespit edilmiştir (209).

Latalova ve ark. yaptığı çalışmada, BB ötimik dönemde olan hastalarla sağlıklı kontroller dissosiyasyon birlikteliği açısından karşılaştırıldığında; 41 kişilik hasta grubunun ortalama DES skoru 31.89 ± 7.12 , 198 kişilik kontrol grubunun ortalama DES skoru 21.28 ± 9.70 olarak bildirilmiştir ve gruplar arasında ortalama DES skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (6). Mula ve ark. yapmış olduğu çalışmada, çoğu ötimik dönemde olan BB-I tanısı olan 43 hasta ile BB-II tanısı olan 48 hasta ortalama DES skorları açısından karşılaştırıldığında; BB-I hastalarının ortalama DES skoru iki grupta da yaklaşık 19 olarak bildirilmiştir (210). Türkiye'de yapılan çalışmaların birinde DES ortalama skoru ötimik BB grubunda 20.73 ± 15.09 saptanmıştır (7). 2021 yılında yayınlanmış olan, 151 şizofreni, 53 psikotik bipolar bozukluk tanısı olan ve 51 sağlıklı gönüllü ile yapılan çalışmada, bipolar grubun ortalama DES puanı yaklaşık 15.5 sonuçlanmış ve 30'un üzerinde puan alan %17 kişi saptanmış (211). Bizim çalışmamızda ise BB grupta DES puanı 30 üzerinde olan kişi sayısı 14 (%26.4) saptanmıştır. UD grupta ise bu sayı 7 (%13.7) saptanmış fakat iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Mula ve ark.'nın çalışmasına bulgumuza benzer şekilde BB-1 ve BB-2 hasta gruplarında yaklaşık %25 hastada DES kesme puanı üzerinde saptanmıştır (210). Araştırmalarımız sonucunda BB hastalarda en yüksek DES ortalama skorunu Steardo ve arkadaşlarının 2021'de yayınladığı çalışmada gördük. Bu çalışmada ayaktan takip edilen 100 bipolar hastaya uygulanan DES sonucunda ortama puan 31.7 ± 21.7 saptanmıştır (15).

Çalışmamızın aydınlatmak istediği önemli noktalardan biri olan depresif dönemin dissosiyasyona etkisini zamansal anlamda incelediğimizde, bipolar grupta depresif dönemde 21 kişide dissosiyatif semptomlar saptanırken, unipolar grupta 7 kişide

dissosiyatif semptomlar görülmektedir. Bununla birlikte her iki grupta da 2 hastanın sadece geçmişte dissosiyatif belirtileri olduğunu saptadık. Beklediğimiz üzere bipolar grupta unipolar gruba göre sayısal olarak yüksek görülürken istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada 51 BB ötimik dönemde olan hastadan, görüşme yapıldığı dönemde 16 kişinin (%31.3) dissosiyatif semptomları olduğu ve 2 kişinin (%3.9) ise geçmişte dissosiyatif semptomları olduğu görülmüştür (7).

Hastalık sürecine bakacak olursak, hastalık başlangıç yaşı ve hastane yatış sayısı ile dissosiyatif semptom varlığı arasında ilişki saptadık. Hastalık başlangıç yaşı ve dissosiyasyon arasında ilişki saptayan başka çalışmalar da mevcuttur (6,207,210). Bliss, bir DKB hastaları kohortunun semptom profillerini inceledi ve hastaların yarısından fazlasının depresif semptomlar yaşadığını, yaklaşık %38'inin ise mani veya hipomani belirtileri sergilediğini bildirmiştir (212). Bu çalışmadaki verilerde uyumlu mani sayısında artış ile DES ve alt puanlarda anlamlı yükseklik saptadık. Fakat araştırmalarımızda özellikle sadece mani döneminde dissosiyatif belirtileri araştıran bir çalışmaya denk gelmedik. DES- amnezi alt ölçeği ile mani ve hastane yatış sayısı arasında, DES-absorbsiyon alt ölçeği ile hastalık başlangıç yaşı arasında ve DES-DP/DR alt ölçeği ile hastalık başlangıç yaşı, hastane yatış sayısı ve mani sayısı arasında anlamlı ilişkiler saptadık.

Her iki grupta SCID-D tanıları ile diğer ölçekler arasındaki ilişki incelendiğinde DES ve DES-T skorlarının arttığını gördük. Çalışmamızda, DES-T skorlarının kullanımı, örneğimizdeki semptomların sadece normal sayılabilecek dissosiyatif fenomenler olmadığını, aksine patolojik semptomları temsil ettiğini aydınlatmaktadır. Genel olarak, BD grupta DP/DR tanısı alanların, UD grupta ise amnezi tanısı alanların daha sıklıkla intihar ve anksiyete alt faktörleri ile zayıf fakat pozitif yönde ilişkisi olduğunu bulduk. BD grupta, DR ve toplam SCID-D skorunun YMRS ile istatistiksel anlamda zayıf da olsa ilişkisi olduğunu tespit ettik. BD grupta dissosiyatif semptomların intihar arzusunu artırdığı ve koruyucu faktörlerin azaldığını saptadık. Ayrıca BD grupta dissosiyatif belirtilerin, özellikle DP/DR belirtilerinin psişik anksiyete üzerinde etkisi olduğunu gördük. UD grupta

ise herhangi bir DB tanısı alan hastalarda anksiyete düzeylerinin ve intihar hazırlık alt faktörünün arttığını saptadık.

Çalışmamızın amaçlarından ve özgün bir çalışma olma sebeplerinden biri, BD grup içerisinde DB eşlik eden ve etmeyen hastaların intihar düşüncesi ve anksiyete düzeylerini araştırmaktı. Bipolar hastalarda intihar girişimi ve DES arasında pozitif korelasyon bulan çalışmalar vardır (7). Bu bağlamda, BD grupta ortalama DES puanı kesme puanının üzerinde olan hastalarda, kesme puanının altında kalan hastalara kıyasla intihar düşüncesinin daha fazla olduğunu saptadık fakat şaşırtıcı bir şekilde DB tanısı alan BD hastaların tanı almayanlara kıyasla geçmiş intihar girişiminin daha fazla olmadığını saptadık. Bu noktada örneklem sayımız az olduğu için bu konuda daha geniş ölçekli araştırmaların daha anlamlı veriler sağlayabileceğini düşündük.

Bipolar grupta unipolar gruba kıyasla anksiyete skorlarının daha yüksek olduğunu, BD grupta anksiyete skor ortalaması şiddetli anksiyeteyi gösterirken unipolar grupta orta düzeyde anksiyete saptadık. Fakat DES kesme puanı üzerinde skorları olan her iki hasta grubunda intihar düşüncesi ve anksiyete düzeylerinin benzer olduğunu tespit ettik. Tüm örneklemi içerecek şekilde DES kesme puanı üzerinde alan hastalara bakıldığında ise, hem intihar düşüncesi hem de anksiyete seviyelerinde anlamlı artış görülmüştür. Bununla birlikte diğer tüm ölçeklerde de anlamlı ilişkisi olduğu görülmüştür. Bu durum bize depresyona dissosiyatif semptomların eşlik ettiği durumlarda intihar düşüncesinin ve anksiyete düzeyinin arttığını ve dolayısıyla tedavi müdahale sürecinde dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Araştırmamız bildiğimiz kadarı ile bipolar depresyon ve unipolar depresyon ile dissosiyasyon ilişkisini inceleyen ilk araştırmadır. Bipolar ve unipolar gruplarında cinsiyetlerin ve yaşların neredeyse aynı olması, eğitim ve medeni durum gibi sosyodemografik açıdan gruplar arasında anlamlı bir fark olmaması, formlardan bir öz bildirim ölçeği hariç verilerin klinisyen tarafından doldurulmuş olması ve ek psikiyatrik hastalıklarının olmaması çalışmamızın güçlü yönlerindendir.

ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Hastanemizin üçüncü basamak sağlık kuruluşu olması dolayısıyla poliklinik, servis ve TRSM gibi farklı ortamlardan hasta alınması ve tedavisinde güçlük yaşanarak tarafımıza yönlendirilen, daha ciddi semptom kümesine sahip hasta oranının fazla olmuş olabileceği sebebi ile örnekleminiz toplumu tam olarak yansıtmıyor olabilir. Çalışmada semptomlar kapsamlı şekilde incelendiği için görüşmelerin uzun sürmesi ve hastaların geçmişe dair hatırlama zorlukları sebebi ile elde edilen bilgilerin doğruluğu etkilenmiş olabilir. Birçok hasta, birçok kez değişen ve çoklu ilaç kullanımı sebebi ile geçmiş tedavilerini net hatırlamadığını belirttiği için geçmişte kullanılan ilaçların süresi hakkında net veriye ulaşılamadı. Örneklem sayımız istatistiksel karşılaştırmalar için yeterli olsa da, daha büyük örneklemle yapılan uzunlamasına çalışmalar daha net veriler sunabilir.

6. SONUÇLAR

1. Bipolar depresyon yaşayan hastaların yaklaşık üçte birinde dissosiyatif bozukluk komorbiditesi vardır.
2. Bipolar depresyon ve unipolar depresyon karşılaştırıldığında bipolar depresyonda dissosiyatif bozukluk eş tanısı daha fazladır.
3. Bipolar depresyonda patolojik dissosiyatif belirtiler unipolar depresyondan daha fazladır.
4. Dissosiyatif belirtiler depresyonda erken başlangıç yaşı ve artan hastane yatışı ile ilişkilidir. Özellikle depersonalizasyon ve derealizasyon yaşayan hastalarda daha belirgindir.
5. Bipolar depresyonda anksiyete seviyesi unipolar depresyona kıyasla daha fazladır, fakat intihar düşüncesi üzerinde belirgin bir fark gözlenmemiştir.
6. Bipolar depresyona eşlik eden dissosiyatif belirtiler varlığında dissosiyatif belirti yaşamayanlara kıyasla intihar düşüncesinde artış görülmektedir fakat anksiyete üzerinde belirgin bir etkisi gözlenmemiştir.
7. Bipolar depresif hastalarda dissosiyasyonun intihar düşüncesi ve anksiyete üzerine etkisi unipolar depresif hastalara benzer bulunmuştur.
8. Depresif hastaların tümünde DES puanı arttıkça hem intihar düşüncesi hem de anksiyete seviyelerinde anlamlı artış görülmüştür.
9. Tüm bu veriler bir araya getirildiğinde, BD hastalarda dissosiyatif eğilimin terapötik müdahale sırasında hedeflenmesi gereken önemli bir nokta olabileceğini göstermektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Yeloğlu ÇH. Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 2017;
2. Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2010;2(2).
3. Krishnan KRR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. Vol. 67, Psychosomatic Medicine. 2005.
4. Sar V. Dissosiyatif Bozukluklar. In: Temel ve Klinik Psikiyatri. 2018. p. 453–60.
5. Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernández R, Sar V, Simeon D, Vermetten E, et al. Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011 Sep;28(9):824–52.
6. Latalova K, Prasko J, Pastucha P, Grambal A, Kamaradova D, Diveky T, et al. Bipolar affective disorder and dissociation - comparison with healthy controls. *Biomedical Papers*. 2011;155(2).
7. Tekin A, Özdiş Demiryürek E, Güleken MD, Bakım B, Özer ÖA, Karamustafalıoğlu O. Investigation of the comorbidity of dissociative disorders in patients with bipolar disorder. *The European Research Journal*. 2019 Jul 4;5(4):667–72.
8. Rajkumar RP. Dissociative Symptoms and Disorders in Patients With Bipolar Disorders: A Scoping Review. *Front Psychiatry*. 2022 May 26;13:925983.
9. Eryılmaz G, Kesebir S, Gül IG, Özten E, Karamustafalıoğlu KO. Dissociative experiences in bipolar disorder II: Are they related to childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms? *Rev Psiquiatr Clín*. 2015;42(2).
10. Chatterjee SS, Pal A, Mallik N, Ghosal M, Saha G. Dissociative experience in unipolar and bipolar depression: Exploring the great divide. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*. 2018 Aug 1;16(3):262–6.
11. Oedegaard KJ, Neckelmann D, Benazzi F, Syrtstad VEG, Akiskal HS, Fasmer OB. Dissociative experiences differentiate bipolar-II from unipolar depressed patients: The mediating role of cyclothymia and the Type A behaviour speed and impatience subscale. *J Affect Disord*. 2008;108(3).
12. WHO(World Health Organisation). Suicide [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
13. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, Moreno DH, Sinyor M, Lars Vedel K, et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. Vol. 49, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015.
14. Foote B, Smolin Y, Neft DI, Lipschitz D. Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2008 Jan;196(1):29–36.
15. Steardo L, Carbone EA, Ventura E, de Filippis R, Luciano M, Segura-Garcia C, et al. Dissociative Symptoms in Bipolar Disorder: Impact on Clinical Course and Treatment Response. *Front Psychiatry*. 2021 Oct 25;12.
16. Tekin M, Tekin A. Anksiyete Bozukluklarında Dissosiyatif Belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2014;6(4).
17. Sevindik M, Nazlı ŞB, Koçak OM. Dissociative symptoms in generalized anxiety disorder and panic disorder and its relationship with temperament-character features. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*. 2022;6(1).
18. Tamam L. Bipolar bozukluk ile anksiyete bozukluğu birlikteliği: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(1):59–71.
19. Tondo L, Vázquez GH, Baldessarini RJ. Depression and Mania in Bipolar Disorder. *Curr Neuropsychopharmacol*. 2017 Apr;15(3):353–8.
20. Berk M, Dodd S, Berk L, Opie J. Diagnosis and management of patients with bipolar disorder in primary care. *Br J Gen Pract*. 2005 Sep;55(518):662–4.
21. Hayes JF, Miles J, Walters K, King M, Osborn DPJ. A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;131(6).

22. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: *J Affect Disord*. 2001 Dec;67(1–3):3–19.
23. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan ve Sadock Psikiyatri, Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11th ed. Benjamin James Sadock, editor. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2016.
24. Pichot P. Circular insanity, 150 years on. *Bull Acad Natl Med*. 2004;188(2):275–84.
25. O. Öztürk and A. Uluşahin. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14. Baskı. Ankara; 2016.
26. Dunner DL, Gershon ES, Goodwin FK. Heritable factors in the severity of affective illness. *Biol Psychiatry*. 1976;11(1).
27. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-5). VA; 2013.
28. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *The Lancet*. 2016 Apr;387(10027):1561–72.
29. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. Vol. 3, *The Lancet Psychiatry*. 2016.
30. Shastry BS. Bipolar disorder: an update. *Neurochem Int*. 2005 Mar 1;46(4):273–9.
31. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Mar;68(3):241–51.
32. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5).
33. Clemente AS, Diniz BS, Nicolato R, Kapczinski FP, Soares JC, Fermo JO, et al. Bipolar disorder prevalence: A systematic review and meta-analysis of the literature. Vol. 37, *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2015.
34. Gultekin B, Kesebir S, Tamam L. Bipolar disorder in Turkey: A review. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*. 2014;6(3):1.
35. Hirschfeld RMA; LL; VLA. Perceptions and Impact of Bipolar Disorder: How Far Have We Really Come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 Survey of Individuals With Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003 Feb 15;
36. Bellivier F, Etain B, Malafosse A, Henry C, Kahn JP, Elgrabli-Wajsbrot O, et al. Age at onset in bipolar I affective disorder in the USA and Europe. *World Journal of Biological Psychiatry*. 2014;15(5).
37. Rowland TA, Marwaha S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. Vol. 8, *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 2018.
38. Sigitova E, Fišar Z, Hroudová J, Cikánková T, Raboch J. Biological hypotheses and biomarkers of bipolar disorder. Vol. 71, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2017.
39. Craddock N, Sklar P. Bipolar Disorder 1 - Genetics of bipolar disorder. Vol. 381, *The Lancet*. 2013.
40. Kelsoe JR. Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. *J Affect Disord*. 2003 Jan 1;73(1–2):183–97.
41. Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ, Dibble E, Leckman JF, Sceery W, et al. A Family Study of Schizoaffective, Bipolar I, Bipolar II, Unipolar, and Normal Control Proband. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39(10).
42. Antypa N, Serretti A. Family history of a mood disorder indicates a more severe bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2014;156.
43. Stahl EA, Breen G, Forstner AJ, McQuillin A, Ripke S, Trubetskoy V, et al. Genome-wide association study identifies 30 loci associated with bipolar disorder. *Nat Genet*. 2019;51(5).
44. Szczepankiewicz A. Evidence for single nucleotide polymorphisms and their association with bipolar disorder. Vol. 9, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2013.
45. Kauer-Sant'Anna M, Kapczinski F, Andreazza AC, Bond DJ, Lam RW, Young LT, et al. Brain-derived neurotrophic factor and inflammatory markers in patients with early- vs. late-stage bipolar disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2009;12(4).
46. Joje RS. Glycogen Synthase Kinase-3 in the Etiology and Treatment of Mood Disorders. *Front Mol Neurosci*. 2011;4.
47. Keener MT, Phillips ML. Neuroimaging in bipolar disorder: A critical review of current findings. Vol. 9, *Current Psychiatry Reports*. 2007.

48. Ching CRK, Hibar DP, Gurholt TP, Nunes A, Thomopoulos SI, Abé C, et al. What we learn about bipolar disorder from large-scale neuroimaging: Findings and future directions from the ENIGMA Bipolar Disorder Working Group. Vol. 43, *Human Brain Mapping*. 2022.
49. Kanske P, Schönfelder S, Forneck J, Wessa M. Impaired regulation of emotion: Neural correlates of reappraisal and distraction in bipolar disorder and unaffected relatives. *Transl Psychiatry*. 2015;5(1).
50. Daban C, Vieta E, Mackin P, Young AH. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and bipolar disorder. Vol. 28, *Psychiatric Clinics of North America*. 2005.
51. Chakrabarti S. Thyroid functions and bipolar affective disorder. Vol. 2011, *Journal of Thyroid Research*. 2011.
52. Akdeniz F. Bipolar Bozukluk. In: Işık E, Taner E, Işık U, editors. *Güncel Klinik Psikiyatri*. Ankara; 2008. p. 157–71.
53. Van Enkhuizen J, Milienne-Petiot M, Geyer MA, Young JW. Modeling bipolar disorder in mice by increasing acetylcholine or dopamine: Chronic lithium treats most, but not all features. *Psychopharmacology (Berl)*. 2015;232(18).
54. Post RM. Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. Vol. 31, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2007.
55. Berk M, Kapczinski F, Andreazza AC, Dean OM, Giorlando F, Maes M, et al. Pathways underlying neuroprogression in bipolar disorder: Focus on inflammation, oxidative stress and neurotrophic factors. Vol. 35, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2011.
56. Aldinger F, Schulze TG. Environmental factors, life events, and trauma in the course of bipolar disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2017;71(1).
57. Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR, et al. Bipolar disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2018 Mar 8;4(1):18008.
58. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*. Hekimler Yayın Birliği; 2013.
59. Goldberg JF, Perlis RH, Bowden CL, Thase ME, Miklowitz DJ, Marangell LB, et al. Manic symptoms during depressive episodes in 1,380 patients with bipolar disorder: Findings from the STEP-BD. *American Journal of Psychiatry*. 2009;166(2).
60. Sami M, Khan H, Nilforooshan R. Late onset mania as an organic syndrome: A review of case reports in the literature. *J Affect Disord*. 2015;188.
61. Dagani J, Signorini G, Nielssen O, Bani M, Pastore A, Girolamo G De, et al. Meta-analysis of the Interval between the Onset and Management of Bipolar Disorder. Vol. 62, *Canadian Journal of Psychiatry*. 2017.
62. Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Arvilommi P, Leppämäki S, Paunio T, et al. Early age at onset of bipolar disorder is associated with more severe clinical features but delayed treatment seeking. *Bipolar Disord*. 2007;9(7).
63. Kelly T. Prospective: Is bipolar disorder being overdiagnosed? Vol. 27, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2018.
64. Scott J, Leboyer M. Consequences of delayed diagnosis of bipolar disorders. *Encephale*. 2011;37(SUPPL. 3).
65. Hou CL, Zhang SJ, Chen X, Huang ZH, Yang CJ, Jia FJ, et al. Bipolar depression had more atypical depressive symptoms in comparison with unipolar depression. *Neurol Psychiatry Brain Res*. 2020 Sep 1;37:104–9.
66. Schaffer A, Cairney J, Veldhuizen S, Kurdyak P, Cheung A, Levitt A. A population-based analysis of distinguishers of bipolar disorder from major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2010;125(1–3).
67. Mitchell PB, Wilhelm K, Parker G. The clinical features of bipolar depression: A comparison with matched major depressive disorder patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2001;3(4).
68. Ernst CL, Goldberg JF. Clinical features related to age at onset in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2004;82(1).
69. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: Beyond DSM-IV. Vol. 16, *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 1996.
70. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR, et al. Predictors of recurrence in bipolar disorder: Primary outcomes from the Systematic Treatment

- Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(2).
71. Erten E, Uney A, Fistikci N. The relation between childhood trauma and bipolar disorder. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*. 2014;1.
 72. Douglas KM, Porter RJ. The effect of childhood trauma on pharmacological treatment response in depressed inpatients. *Psychiatry Res*. 2012;200(2–3).
 73. Aas M, Henry C, Andreassen OA, Bellivier F, Melle I, Etain B. The role of childhood trauma in bipolar disorders. Vol. 4, *International Journal of Bipolar Disorders*. 2016.
 74. McIntyre RS, Rosenbluth M, Ramasubbu R, Bond DJ, Taylor VH, Beaulieu S, et al. Managing medical and psychiatric comorbidity in individuals with major depressive disorder and bipolar disorder. Vol. 24, *Annals of Clinical Psychiatry*. 2012.
 75. Yılmaz O, Ateş MA, Semiz B, Tütüncü R, Bez Y, Algül A, et al. Bipolar bozukluk hastalarında çocukluk çağı travmaları: Aleksitimi ve dissosiyatif yaşantılarla ilişkileri. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2016;17(3):188–95.
 76. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: A Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(9).
 77. Köroğlu E, CG and SŞ. *Psikiyatri temel kitabı*. 2. baskı. Ankara: HYB Yayın; 2007.
 78. Safiye T, Gutic M, Milidrag A, Dubljanin J, Cikotic AG. Bipolar Disorder: Etiology, Clinical Picture, Prognosis, and Treatment. *Ann Neurol Neurosurg*. 2022;2022(1).
 79. Bauer M, Juckel G, Correll CU, Leopold K, Pfennig A. Diagnosis and treatment in the early illness phase of bipolar disorders. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2008.
 80. Erten E. Acute and maintenance treatment of bipolar depression; [İkinci Depresyonun Akut ve İdame Dönem Tedavisi]. *Noropsikiyatri Arsivi*. 2021;58.
 81. Helvacı Çelik F, Hocaoglu Ç. “Major Depresif Bozukluk” Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*. 2016;6(1).
 82. Kafes AY. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. *Humanistic Perspective*. 2021 Feb 22;3(1):186–94.
 83. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590).
 84. Işık E, Işık U, Taner Y. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Ziraat Gurup Matbaacılık; 2013.
 85. Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. In: *Lancet*. 2006.
 86. Stahl SM. *Stahl’ın Temel Psikofarmakolojisi*. İstanbul Tıp Kitabevi; 2015.
 87. Chatzittofis A, Nordström P, Hellström C, Arver S, Åsberg M, Jokinen J. CSF 5-HIAA, cortisol and DHEAS levels in suicide attempters. *European Neuropsychopharmacology*. 2013;23(10).
 88. Berlin I, Payan C, Corruble E, Puech AJ. Serum thyroid-stimulating-hormone concentration as an index of severity of major depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 1999;2(2).
 89. Akinsola EF, Nwajeri AD. Test Anxiety, Depression and Academic Performance: Assessment and Management Using Relaxation and Cognitive Restructuring Techniques. *Psychology*. 2013;04(06).
 90. Carvalho JP, Hopko DR. Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2011;42(2).
 91. Hales R YS. *Essentials of Clinical Psychiatry*. American Psychiatric Publishing; 2004.
 92. Tamam L, Demirkol ME, Yeşiloğlu C. Duygudurum Bozukluklarının Epidemiyolojisi. In: Altınbaş K, editor. *Duygudurum Bozuklukları Tanı ve Tedavisi*. Konya: Bahçıvanlar Basım Sanayi A.Ş.; 2020. p. 1–11.
 93. Spiegel D, Cardena E. New uses of hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder. In: *Journal of Clinical Psychiatry*. 1990.
 94. Kihlstrom JF, Glisky ML, Angiulo MJ. Dissociative Tendencies and Dissociative Disorders. *J Abnorm Psychol*. 1994;103(1):117–24.

95. Ross CA. Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. Vol. 14, Psychiatric Clinics of North America. 1991.
96. Gabbard G O. Dissociative Disorders. In: Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 3rd edition. Washington DC: American Psychiatric Press; 2000. p. 267–97.
97. Lochner C, Seedat S, Hemmings SMJ, Kinnear CJ, Corfield VA, Niehaus DJH, et al. Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: Clinical and genetic findings. Compr Psychiatry. 2004;45(5).
98. Hunter ECM, Sierra M, David AS. The epidemiology of depersonalisation and derealisation - A systematic review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004;39(1).
99. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. J Psychiatr Res. 2006;40(2):131–40.
100. Akyüz G, Doğan O, Şar V, Yargıç LI, Tutkun H. Frequency of dissociative identity disorder in the general population in Turkey. Compr Psychiatry. 1999;40(2).
101. Ross CA, Duffy CMM, Ellason JW. Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. Journal of Trauma and Dissociation. 2002;3(1).
102. Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM. Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German University Clinic. Journal of Nervous and Mental Disease. 2001;189(4).
103. Friedl MC, Draijer N. Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. American Journal of Psychiatry. 2000;157(6).
104. Şar V, Akyüz G, Doğan O. Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. Psychiatry Res. 2007 Jan 15;149(1–3):169–76.
105. Şar Vedat. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu: Ruhsal Travma Kökenli Bir Psikopatoloji. Klinik Gelişim. 2010;22(4):26–33.
106. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. American Journal of Psychiatry. 1991;148(1).
107. Gershuny BS, Thayer JF. Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. Clin Psychol Rev. 1999;19(5).
108. Forrest KA. Toward an etiology of dissociative identity disorder: A neurodevelopmental approach. Conscious Cogn. 2001;10(3).
109. Ehling T, Nijenhuis ERS, Krikke AP. Volume of discrete brain structures in complex dissociative disorders: preliminary findings. Vol. 167, Progress in Brain Research. 2007.
110. Vermetten E, Schmahl C, Lindner S, Loewenstein RJ, Bremner JD. Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder. American Journal of Psychiatry. 2006;163(4).
111. Yargıç Lİ. Dissosiyatif bozukluklarda klinik muayene: Semptomatoloji ve tanısal değerlendirme. Ege Psikiyatri Süreli Yayınları. 1998;3(4):619–40.
112. Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O, Vanderlinden J. Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. J Trauma Stress. 1998;11(4).
113. Pribor EF, Yutzy SH, Todd Dean J, Wetzel RD. Briquet's syndrome, dissociation, and abuse. American Journal of Psychiatry. 1993;150(10).
114. Nester MS, Boi C, Brand BL, Schielke HJ. The reasons dissociative disorder patients self-injure. Eur J Psychotraumatol. 2022;13(1).
115. Saxena M, Tote S, Sapkale B. Multiple Personality Disorder or Dissociative Identity Disorder: Etiology, Diagnosis, and Management. Cureus. 2023;
116. Karamustafalıoğlu KO. Temel ve Klinik Psikiyatri. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri; 2018.
117. Yargıç LI, Tutkun H, Şar V. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve erişkinde disosiyatif belirtiler. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi. 1994;2.
118. Özden MŞ. Travma ve Dissosiyatif bozukluklar: Genel bir bakış. Bartın University Journal of Faculty of Letters. 2018;3(3).
119. Öncü B. İntihar Davranışı: Tanım, Epidemiyoloji ve Risk Etmenleri. In: İntiharı Anlama ve Müdahale. Türkiye Psikiyatri Derneği; 2019.
120. TÜİK. Ölüm İstatistikleri, 2018 [Internet]. 2019 [cited 2024 Jul 4]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Istatistikleri-2018-30701>

121. Miller JN, Black DW. Bipolar Disorder and Suicide: a Review. Curr Psychiatry Rep [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2024 Jun 12];22(2):1–10. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-020-1130-0>
122. Mullins N, Bigdeli TB, Børghlum AD, Coleman JRI, Demontis D, Mehta D, et al. GWAS of suicide attempt in psychiatric disorders and association with major depression polygenic risk scores. American Journal of Psychiatry. 2019;176(8):651–60.
123. Gonda X, Pompili M, Serafini G, Montebovi F, Campi S, Dome P, et al. Suicidal behavior in bipolar disorder: Epidemiology, characteristics and major risk factors. Vol. 143, Journal of Affective Disorders. 2012.
124. McIntyre RS, Calabrese JR. Bipolar depression: the clinical characteristics and unmet needs of a complex disorder. Vol. 35, Current Medical Research and Opinion. Taylor and Francis Ltd; 2019. p. 1993–2005.
125. Isometsä E. Suicidal behaviour in mood disorders-Who, When, and Why? Vol. 59, Canadian Journal of Psychiatry. 2014.
126. Curtis GC, Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, Kessler RC. Specific fears and phobias. Epidemiology and classification. British Journal of Psychiatry. 1998;173(SEPT.).
127. Michael T, Zetsche U, Margraf J. Epidemiology of anxiety disorders. Psychiatry. 2007 Apr;6(4):136–42.
128. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M, Sagduyu K, Frank E, et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: Data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). American Journal of Psychiatry. 2004;161(12).
129. Wolfradt U, Meyer T. Interrogative suggestibility, anxiety and dissociation among anxious patients and normal controls. Pers Individ Dif. 1998;25(3).
130. Foa EB, Hearst-Ikeda D. Emotional dissociation in response to trauma: an information processing approach. In: Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical and Clinical Perspectives. 1996.
131. Katoch V, Jhingan HP, Saxena S. Level of anxiety and dissociation in patients with conversion and dissociative disorders. Indian J Psychiatry. 1994;36(2).
132. Dorahy MJ, McCusker CG, Loewenstein RJ, Colbert K, Mulholland C. Cognitive inhibition and interference in dissociative identity disorder: The effects of anxiety on specific executive functions. Behaviour Research and Therapy. 2006;44(5).
133. Marlene Steinberg MD. Interviewer's Guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV® Dissociative Disorders (SCID-D). 1994.
134. Kundakçi T, Şar V, Kiziltan E, Yargıç IL, Tutkun H. Reliability and Validity of the Turkish Version of the Structured Clinical Interview for *DSM-IV* Dissociative Disorders (SCID-D): A Preliminary Study. Journal of Trauma & Dissociation. 2014 Jan 30;15(1):24–34.
135. Yargıç L, Tutkun H, Sar V. Reliability and validity of the Turkish version of the Dissociative Experiences Scale. Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders. 1995;8(1):10–3.
136. Ross CA. The Dissociative Taxon and Dissociative Identity Disorder. Journal of Trauma and Dissociation. 2021;22(5):555–62.
137. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale1. Vol. 10, Psychological Reports. @ Southern Universities Press; 1962.
138. Soykan C. Institutional differences and case typicality as related to diagnosis system severity, prognosis and treatment. [Ankara]: ODTÜ; 1989.
139. Akdemir A, Örsel DS, İşcan N, Özbay H, Dağ İ, Türkçapar MH. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği- güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Vol. 4, Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1996.
140. Karadağ F, Oral T, Yalçın FA, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirliği. Turk Psikiyatri Derg. 2002;13(2).
141. Ozcelik HS, Ozdel K, Bulut SD, Orsel S. Measuring suicidal ideation: Validity and reliability of the turkish version of the beck scale for suicide ideation among patients who presented at a psychiatry clinic with suicidal ideations. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni. 2015 Jul 2;25(2):142–50.

142. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998;9(2).
143. Şahinol EŞ, Aydemir Ö, İçelli İ. Depresyonda Bipolar–Unipolar Ayrımı: Kesitsel, Karşılaştırmalı Bir Sınıflandırma Çalışması. *Türkiye’de Psikiyatri*. 2007;9(2).
144. Konno Y, Fujino Y, Ikenouchi A, Adachi N, Kubota Y, Azekawa T, et al. Relationship between mood episode and employment status of outpatients with bipolar disorder: Retrospective cohort study from the multicenter treatment survey for bipolar disorder in psychiatric clinics (musubi) project. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2021;17.
145. Burdick KE, Goldberg JF, Harrow M. Neurocognitive dysfunction and psychosocial outcome in patients with bipolar I disorder at 15 year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;122(6).
146. Simon GE, Ludman EJ, Unützer J, Operskalski BH, Bauer MS. Severity of mood symptoms and work productivity in people treated for bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2008;10(6).
147. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *J Am Med Assoc*. 1996;276(4).
148. İbiloğlu AO, Çayköylü A. Bipolar-I, Bipolar-II ve Majör Depresif Bozuklukta Ayrışan Sosyodemografik, Klinik ve Mizaç Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(3).
149. Akiskal HS. The bipolar spectrum--the shaping of a new paradigm in psychiatry. Vol. 4, *Current psychiatry reports*. 2002.
150. Özerdem A, Tunca Z, Kaya N. The relatively good prognosis of bipolar disorders in a Turkish bipolar clinic. *J Affect Disord*. 2001;64(1).
151. Kupfer DJ SA. *Textbook of Mood Disorders*. Washington DC: The American Psychiatric Publishing; 2005.
152. Perlis RH, Brown E, Baker RW, Nierenberg AA. Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(2).
153. Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ, Cluss PA, Houck PR, Stapf DA. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002;63(2).
154. Bowden CL. A different depression: Clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. Vol. 84, *Journal of Affective Disorders*. 2005.
155. Dell’Osso L, Franco Placidi G, Nassi R, Freer P, Cassano GB, Akiskal HS. The manic-depressive mixed state: Familial, temperamental and psychopathologic characteristics in 108 female inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1991;240(4–5).
156. Van Loo HM, Cai T, Gruber MJ, Li J, De Jonge P, Petukhova M, et al. Major depressive disorder subtypes to predict long-term course. *Depress Anxiety*. 2014;31(9).
157. Kautzky A, Dold M, Bartova L, Spies M, Kranz GS, Souery D, et al. Clinical factors predicting treatment resistant depression: affirmative results from the European multicenter study. *Acta Psychiatr Scand*. 2019;139(1).
158. Liu J, Wang Y, Wilson A, Chen H, Liu P, Chen X, et al. Anticipating Unipolar Depression and Bipolar Depression in young adult with first episode of depression using childhood trauma and personality. *Front Public Health*. 2023;10.
159. Simon NM, Smoller JW, Fava M, Sachs G, Racette SR, Perlis R, et al. Comparing anxiety disorders and anxiety-related traits in bipolar disorder and unipolar depression. *J Psychiatr Res*. 2003;37(3).
160. Atalay Tataroğlu ÜM. Unipolar Ve Bipolar Depresyon Hastalarında İrisin Düzeyinin Değerlendirilme. *Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi*; 2021.
161. Erken Y. Majör Depresyon ve Bipolar Depresyonda Depresyon Belirleyicileri İle Kronotip Ve İntihar Riski İlişkisi. *SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi* ; 2023.
162. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. “Cade’s disease” and beyond: Misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. Vol. 47, *Canadian Journal of Psychiatry*. 2002.
163. Akiskal HS. Validating “hard” and “soft” phenotypes within the bipolar spectrum: Continuity or discontinuity? *J Affect Disord*. 2003;73(1–2).

164. Benazzi F. Depressive mixed states: Unipolar and bipolar II. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2000;250(5).
165. Akiskal HS, Benazzi F. Family history validation of the bipolar nature of depressive mixed states. *J Affect Disord.* 2003;73(1–2).
166. Angst J. The bipolar spectrum. *British Journal of Psychiatry.* 2007 Mar 2;190(3):189–91.
167. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, Keller M, et al. Switching from ‘Unipolar’ to Bipolar II: An 11-Year Prospective Study of Clinical and Temperamental Predictors in 559 Patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52(2).
168. Medda P, Perugi G, Zanello S, Ciuffa M, Cassano GB. Response to ECT in bipolar I, bipolar II and unipolar depression. *J Affect Disord.* 2009 Nov;118(1–3):55–9.
169. Margoob MA, Ali Z, Andrade C. Efficacy of ECT in Chronic, Severe, Antidepressant- and CBT-Refractory PTSD: An Open, Prospective Study. *Brain Stimul.* 2010;3(1).
170. Medda P, Perugi G, Zanello S, Ciuffa M, Cassano GB. Response to ECT in bipolar I, bipolar II and unipolar depression. *J Affect Disord.* 2009;118(1–3).
171. Dold M, Bartova L, Fugger G, Mitschek MMM, Kautzky A, Frey R, et al. Add-on benzodiazepine treatment in patients with major depressive disorder – results from a European cross-sectional multicenter study. *European Neuropsychopharmacology.* 2020;41.
172. Soyuoçok E. Unipolar ve Bipolar Depresif Atak Geçirmiş Hastaların Mizaç Ve Karakter Yönünden Karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi; 2007.
173. Bottlender R, Jäger M, Strauß A, Möller HJ. Suicidality in bipolar compared to unipolar depressed inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2000;250(5).
174. Mitchell PB, Malhi GS. Bipolar depression: Phenomenological overview and clinical characteristics. Vol. 6, *Bipolar Disorders.* 2004.
175. Raja M, Azzoni A. Suicide attempts: Differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. *J Affect Disord.* 2004;82(3).
176. Yang R, Zhao Y, Tan Z, Lai J, Chen J, Zhang X, et al. Differentiation between bipolar disorder and major depressive disorder in adolescents: from clinical to biological biomarkers. *Front Hum Neurosci.* 2023;17.
177. Diler RS, Goldstein TR, Hafeman D, Merranko J, Liao F, Goldstein BI, et al. Distinguishing Bipolar Depression from Unipolar Depression in Youth: Preliminary Findings. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2017;27(4).
178. Serra G, De Crescenzo F, Maisto F, Galante JR, Iannoni ME, Trasolini M, et al. Suicidal behavior in juvenile bipolar disorder and major depressive disorder patients: Systematic review and meta-analysis. Vol. 311, *Journal of Affective Disorders.* 2022.
179. Wozniak J, Spencer T, Biederman J, Kwon A, Monuteaux M, Rettew J, et al. The clinical characteristics of unipolar vs. bipolar major depression in ADHD youth. In: *Journal of Affective Disorders.* 2004.
180. Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC, Shoaib AM, Tsai-Dilsaver Y, Krajewski KJ. Suicidality, panic disorder and psychosis in bipolar depression, depressive-mania and pure-mania. *Psychiatry Res.* 1997;73(1–2).
181. Serra G, Koukopoulos A, De Chiara L, Napoletano F, Koukopoulos A, Sani G, et al. Child and Adolescent Clinical Features Preceding Adult Suicide Attempts. *Archives of Suicide Research.* 2017;21(3).
182. Sinclair JMA, Harriss L, Baldwin DS, King EA. Suicide in depressive disorders: A retrospective case-control study of 127 suicides. *J Affect Disord.* 2005;87(1).
183. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *American Journal of Psychiatry.* 1996;153(8).
184. Park SC, Lee MS, Hahn SW, Si TM, Kanba S, Chong MY, et al. Suicidal thoughts/acts and clinical correlates in patients with depressive disorders in Asians: Results from the REAP-AD study. *Acta Neuropsychiatr.* 2016;28(6).
185. Perlis RH, Uher R, Ostacher M, Goldberg JF, Trivedi MH, Rush AJ, et al. Association between bipolar spectrum features and treatment outcomes in outpatients with major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(4).
186. Gökçen O, Özer S, Şen ZD. The relationship between lifetime hypomanic symptoms and activation syndrome in major depressive disorder. *Turk Psikiyatri Dergisi.* 2019;30(1).

187. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck PE, Denicoff KD, Nolen WA, et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol Psychiatry*. 2002;51(4).
188. Neria Y, Bromet EJ, Carlson GA, Naz B. Assaultive trauma and illness course in psychotic bipolar disorder: Findings from the suffolk county mental health project. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111(5).
189. Garino JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2005;186(FEB.).
190. Etain B, Aas M, Andreassen OA, Lorentzen S, Dieset I, Gard S, et al. Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2013;74(10).
191. Brown GR, McBride L, Bauer MS, Williford WO. Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: A replication study in U.S. veterans. *J Affect Disord*. 2005 Dec;89(1–3):57–67.
192. Kefeli MC, Turow RG, Yıldırım A, Boysan M. Childhood maltreatment is associated with attachment insecurities, dissociation and alexithymia in bipolar disorder. *Psychiatry Res*. 2018 Feb;260:391–9.
193. Serafini G, Gonda X, Pompili M, Rihmer Z, Amore M, Engel-Yeger B. The relationship between sensory processing patterns, alexithymia, traumatic childhood experiences, and quality of life among patients with unipolar and bipolar disorders. *Child Abuse Negl*. 2016;62.
194. Hyun M, Friedman SD, Dunner DL. Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2000;2(2).
195. Heim C, Newport DJ, Mletzko T, Miller AH, Nemeroff CB. The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*. 2008 Jul;33(6):693–710.
196. Brown M, Worrell C, Pariante CM. Inflammation and early life stress: An updated review of childhood trauma and inflammatory markers in adulthood. *Pharmacol Biochem Behav*. 2021;211.
197. Şenkal İ, Işıklı S. [Childhood Traumas and Attachment Style-Associated Depression Symptoms: The Mediator Role of Alexithymia]. *Türk Psikiyatri Derg*. 2015;26(4):261–7.
198. Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2012;169(2).
199. Lok A, Bockting CLH, Koeter MWJ, Snieder H, Assies J, Mocking RJT, et al. Interaction between the MTHFR C677T polymorphism and traumatic childhood events predicts depression. *Transl Psychiatry*. 2013;3.
200. Hopfinger L, Berking M, Bockting CLH, Ebert DD. Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. *J Affect Disord*. 2016 Jul 1;198:189–97.
201. Zoroğlu SS, Tuzun U, Sar V, Tutkun H, Savaş HA, Oztürk M, et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003 Feb 8;57(1):119–26.
202. Yanık M, Özmen M. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/işmal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2002;3:140–64.
203. Mula M, Pini S, Calugi S, Preve M, Masini M, Giovannini I, et al. Distinguishing affective depersonalization from anhedonia in major depression and bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2010;51(2).
204. Souery D, Zaninotto L, Calati R, Linotte S, Mendlewicz J, Sentissi O, et al. Depression across mood disorders: Review and analysis in a clinical sample. *Compr Psychiatry*. 2012;53(1).
205. Li DJ, Hsieh YC, Chiu C de, Lin CH, Chou LS. The moderation of maternal parenting on the association of trauma, dissociation, and psychosis in depressive inpatients. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13(1).

206. Kefeli MC. Bipolar bozuklukta bağlanma, çocukluk çağı travmaları, disosiyasyon ve aleksitimi arasındaki ilişkiler / The relationship of bipolar disorder with attachment, childhood trauma, dissociation and alexithymia. Yüzüncü Yıl Üniversitesi ; 2017.
207. Hariri AG, Gulec MY, Orenkul FFC, Sumbul EA, Elbay RY, Gulec H. Dissociation in bipolar disorder: Relationships between clinical variables and childhood trauma. J Affect Disord. 2015;184.
208. Yayla S, Bakım B, Tankaya O, Ozer OA, Karamustafalıoğlu O, Ertekin H, et al. Psychiatric Comorbidity in Patients with Conversion Disorder and Prevalence of Dissociative Symptoms. Journal of Trauma & Dissociation. 2015 Jan 7;16(1):29–38.
209. Bakım B, Baran E, Yayla S, Akpınar A, Sengul HS, Ertekin H, et al. Yatarak Tedavi Gören Bipolar Bozukluk Hastalarında Dissosiyatif Bozukluk Eştanısı Olan ve Olmayan Hasta Gruplarının Karşılaştırılması. Aile Hekimliği ve Palyatif Bakım. 2016 Aug 30;1(2):35–35.
210. Mula M, Pini S, Preve M, Masini M, Giovannini I, Cassano GB. Clinical correlates of depersonalization symptoms in patients with bipolar disorder. J Affect Disord. 2009 May;115(1–2):252–6.
211. Stone LMD, Millman ZB, Öngür D, Shinn AK. The Intersection Between Childhood Trauma, the COVID-19 Pandemic, and Trauma-related and Psychotic Symptoms in People With Psychotic Disorders. Schizophr Bull Open. 2021;2(1).
212. Bliss EL. A symptom profile of patients with multiple personalities, including MMPI results. Journal of Nervous and Mental Disease. 1984;172(4).

EKLER

EK-1

SOSYODEMOGRAFİK FORM

ADI VE SOYADI:

YAŞ:

CİNSİYET:

TEL:

MEDENİ DURUM: BEKAR: EVLİ: BOŞANMIŞ: DUL:

ÇOCUK:

MESLEK: ÇALIŞIYOR: ÇALIŞMIYOR:

EĞİTİM: OKUR-YAZAR: İLKOKUL: ORTAÖĞRENİM: LİSE: LİSANS: YUKSEK LİSANS:

HASTALIK BAŞLANGIÇ YAŞI / SÜRESİ:

YATIŞ SAYISI:

ATAK SAYISI:

EKT: TMS:

GEÇMİŞTE KULLANDIĞI İLAÇLAR VE SÜRELERİ:

GEÇMİŞ SUİSİD GİRİŞİMİ: VAR (VARSA NASIL?): YOK:

GEÇMİŞ TRAVMATİK YAŞANTI:

TIBBİ EK HASTALIK:

ALKOL: MADDE: SİGARA:

AİLE ÖYKÜSÜ: PSİKOTİK BOZ.: DD BOZ.: ANKSİYETE BOZ.:

SCID-D: AMNEZİ DEPERSONALİZASYON DEREALİZASYON KİMLİK KONFÜZYONU KİMLİK DEĞİŞİMİ

DES:

BPRS:

HAM-D:

YOUNG MANİ:

BECK-İNTİHAR:

HAM-A:

EK-2

DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES)

Bernstein & Putnam,1986,1993

Türkçe'ye uyarlayanlar: Vedat Şar, L.İlhan Yargıç, Hamdi Tutkun

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

Örnek:

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

SORULAR

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden farkederler.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında,satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanı başında duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını farkederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyrederken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırır ki çevrelerinde olan bitenin farkına varmazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırır ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19. Bazı insanlar, ağır hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiçbir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içerisinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederek, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

EK-3

KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0: Yok 1: Çok hafif 2: Hafif 3: Orta 4: Orta-şiddetli 5: Şiddetli 6: Aşırı derecede şiddetli

1. SOMATİK UĞRAŞLAR: Beden sağlığıyla uğraşma, fiziki hastalıktan korkma, hipokondriyazis 0 1 2 3 4 5 6
2. ANKSİYETE: Hal veya gelecek için aşırı endişe, korku 0 1 2 3 4 5 6
3. DUYGUSAL İÇE KAPANMA: Spontan interaksiyon kaybı, izolasyon, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik 0 1 2 3 4 5 6
4. DÜŞÜNCE ÇÖZÜLMESİ: konfü, kopuk, bağlantısız, dezorganize düşünce süreçleri 0 1 2 3 4 5 6
5. SUÇLULUK DUYGULARI: Kendini suçlama, utanma, geçmişteki davranışlardan pişmanlık duyma 0 1 2 3 4 5 6
6. GERGİNLİK: Sinirlilik, aşırı hareketlilik, gerginliğin fizik veya motor belirtileri 0 1 2 3 4 5 6
7. MANİYERİZM VE POSTÜR: Tuhaf, acayip, doğal olmayan motor davranış (tikler dışında) 0 1 2 3 4 5 6
8. GRANDİYOZİTE: Kendisi hakkında abartılı düşünceler, gurur, olağan dışı güç ve yeteneğe sahip olduğu inancı 0 1 2 3 4 5 6
9. DEPRESİF DUYGUDURUM: Elem, keder, umutsuzluk, kötümserlik 0 1 2 3 4 5 6
10. DÜŞMANCA DAVRANIŞ: Başkaların karşı düşmanlık, kavgacılık, nefret 0 1 2 3 4 5 6
11. KUŞKUCULUK: Güvensizlik, başkalarının kasıtlı olarak kötülük yapacağına inanma 0 1 2 3 4 5 6
12. HALÜSİNATUAR DAVRANIŞ: Normal dışı, uyaran olmaksızın algılama 0 1 2 3 4 5 6
13. MOTOR YAVAŞLAMA: Yavaşlamış, zayıflamış hareket veya konuşma, beden kuvvetinde azalma 0 1 2 3 4 5 6
14. İŞBİRLİĞİ KURMAMA: Direnç, temkinlilik, otoriteyi reddetme 0 1 2 3 4 5 6
15. OLAĞAN DIŞI DÜŞÜNCELER: Olağan dışı, garip, tuhaf, acayip düşünce kavramı 0 1 2 3 4 5 6
16. DUYGUSAL KÜNTLÜK: Azalmış duygusal ton, duyguların normal şiddetinde azalma 0 1 2 3 4 5 6
17. TAŞKINLIK: Artmış emosyonel ton, ajitasyon, tepkisellikte artma 0 1 2 3 4 5 6
18. DEZORYANTASYON: Konfüzyon veya kişi, yer, zamana ait çağrışımların kaybı 0 1 2 3 4 5 6

EK-4

HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

0- Yok

1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşıyor.

2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.

3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor. 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

0- Yok

1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.

2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.

3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.

4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

0- Yok

1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.

2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.

3- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.

4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) Uykuya dalamamak

0- Bu konuda zorluk çekmiyor.

1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.

2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) Geceyarısı uyanmak

0- Herhangi bir sorunu yok.

1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.

2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

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

7) Çalışma ve aktiviteler

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

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

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

9) Ajitasyon

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

10) Psikik anksiyete

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

11) Somatik anksiyete

- 0- Yok

- 1- Hafif
- 2- Ilımlı
- 3- Şiddetli
- 4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

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

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

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

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

0- Yok

1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.

2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

0- Yok

1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.

2- Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

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

0- Yok

1- Hafif

2- Şiddetli

15) Hipokondriakhlık

0- Yok

1- Kuruntulu.

2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.

3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.

4- Hipokondriak delüzyonlar.

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

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0- Kilo kaybı yok.

1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.

2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.

1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.

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

2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru:

EK-5

YOUNG MANİ DEĞERLENDİRME 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 inkâr ediyor

5) İrritabilite

0. Yok
2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan irritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
6. Görüşme sırasında sıklıkla irritabl, 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 inkâr ediyor

EK-6

İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ (BECK)		
İsim:	Cevap	Puan
1. Yaşama arzusu	Orta veya şiddetli	0
	Zayıf	1
	Yok	2
2. Ölme arzusu	Yok	0
	Zayıf	1
	Orta veya şiddetli	2
3. Yaşam / ölüm için nedenler	Yaşam ölümden ağır basıyor	0
	Yaşam ve ölüm için nedenler eşit	1
	Ölmek yaşamaktan ağır basıyor	2
4. Aktif intihar girişiminde bulunma arzusu	Yok	0
	Zayıf	1
	Orta veya şiddetli	2
5. Pasif intihar girişimi	Yaşamını kurtarmak için gerekli önlemleri alıyor	0

	Yaşamayı ölmeyi şansa bırakıyor	1
	Hayatını korumaktan ve sürdürmekten kaçıyor	2
6. İntihar düşüncesinin/isteğinin Süresi	Kısa ve geçici dönemler	0
	Uzun dönemler	1
	Kesintisiz veya neredeyse sürekli	2
7. İntihar düşüncesinin sıklığı	Nadiren	0
	Aralıklı	1
	Kalıcı ya da sürekli	2
8. Düşünce ve isteğe karşı tutum	Kabul etmeyen	0
	Kararsız ilgisiz	1
	Kabul eden	2
9. İntihar eylemi ve eylem isteği üzerinde kontrol	Kontrol duygusu var	0
	Kontrolden emin değil	1
	Kontrol duygusu yok	2
10. Aktif girişimden caydırıcılar (örnek; aile, din, geri dönüşsüzlük)	Caydırıcı nedeniyle girişimde bulunmama	0
	Caydırıcılar hakkında biraz endişe	1
	Caydırıcılar hakkında hiç yada çok az endişe	2
11. Düşünülen girişim için neden	Çevreyi etkilemek, dikkat çekmek ve ya intikam	0
	Kaçma ve etkileme isteğinin birleşimi	1
	Problem çözmeyi bitirmek için kaçma	2
12. Yöntem: Düşünülen girişimin özgüllük ve planlaması	Üzerinde düşünülmemiş	0
	Düşünülmüş ama detaylar çalışılmamış	1
	Detaylar çalışılmış ve çok iyi planlanmış	2
13. Yöntem: Düşünülen girişim için uygunluk ve fırsat	Yönteme ulaşamıyor ve ya fırsat yok	0
	Yöntem zaman ve çaba istiyor, fırsat hazır değil	1
	Yöntem ve fırsat erişilebilir	2a
	Yöntem ve fırsat gelecekte erişilebilir	2b
14. Girişimi gerçekleştirmek için 'kapasite' hissi	Cesaret yok, çok zayıf, yetersiz	0
	Cesaret ve yeterlilikten emin değil	1
	Cesaret ve yeterlilikten emin	2
15. Güncel girişim beklentisi/ öngörüsü	Yok	0
	Emin değil, belirsiz	1

	Evet	2
16. Düşünülen girişim için güncel hazırlık	Yok	0
	Kısmen	1
	Tam	2
17. İntihar Notu	Yok	0
	Başlamış ama tamamlamamış, sadece düşünce	1
	Tamamlamış	2
18. Ölüm beklentisi içinde yapılan son eylemler	Yok	0
	Düşünmüş ve bazı düzenlemeler yapmış	1
	Kesin planlar ya da düzenlemeler yapmış	2
19. Tasarlanan girişimin gizlenmesi ya da aldatıcı bir tavır sergilenmesi	Tasarıları açıkça belli	0
	Açıklamayı erteliyor	1
	Yalan söylemeye, aldatmaya, gizli tutmaya çalışma	2

EK-7

HAMILTON ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

0- Yok

1- **Hafif** (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)

2- **Orta** (daha sürekli ve daha uzun süreli ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)

3- **Şiddetli** (sürekli, hastanın yaşamına egemen)

4- **Çok şiddetli** (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

- 1) Anksiyeteli mizaç 0 1 2 3 4** (Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi,korkulu bekleyiş, irritabilite) -----
- 2) Gerilim 0 1 2 3 4** (gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe) -----
- 3) Korkular 0 1 2 3 4** (karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan) -----
- 4) Uykusuzluk 0 1 2 3 4** (uykuya dalmakta güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, karabasanlar, kabuslar, gece korkuları) -----
- 5) Entellektüel (kognitif) 0 1 2 3 4** (konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması) -----
- 6) Depresif mizaç 0 1 2 3 4** (ilgi yitimi, hobilerden zevk almama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar) -----
- 7) Somatik 0 1 2 3 4** (ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, dış gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu, kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu) -----
- 8) Kardiyovasküler semptomlar 0 1 2 3 4** (taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller) -----
- 9) Solunum semptomları 0 1 2 3 4** (göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne) -----
- 10) Gastrointestinal semptomlar 0 1 2 3 4** (yutma güçlüğü, barsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyumları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı) -----
- 11) Genitoüriner semptomlar 0 1 2 3 4** (sık işeme, amenore, menorai, firdite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans) -----
- 12) Otonomik semptomlar 0 1 2 3 4** (ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması) -----
- 13) Görüşme sırasındaki davranış 0 1 2 3 4** (yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus) -----

TOPLAM PUAN:

Psişik (1,2,3,5,6):

Somatik (4,7,8,9,10,11,12,13):

EK-8

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun (BGOF) gönüllünün anlayabileceği şekilde tıbbi terimlerden uzak, anlaşılabilir ve gönüllüye hitap edecek şekilde hazırlanması gerekmektedir.

BGOF, gönüllü veya kanuni temsilcisinin yasal haklarını ortadan kaldıracak bir hüküm veya ifade içeremez ayrıca araştırmacıyı, kurumu, destekleyici veya bunların temsilcilerini kendi ihmallerinden kaynaklanan herhangi bir yükümlülüğünden kurtaracak hüküm veya ifade taşıyamaz. Hazırlanan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu / yazılı rıza formunun her sayfasında tarih, versiyon ve toplam sayfa sayısı üzerinden sayfa numarası olmalıdır. İmza sayfası dışındaki tüm sayfalarda gönüllü parafı bulunmalıdır.

BGOF asgari olarak aşağıda belirtilen başlıkları, açıklamaları ve bölümleri içermelidir:

1. Araştırmanın adı: Bipolar Bozukluk tanılı depresif dönemdeki hastalarda komorbid Dissosiyatif Bozukluk sıklığı ve Unipolar depresyon tanılı hastalarla karşılaştırılması, dissosiyasyonun intihar düşüncesi ve anksiyete üzerine etkilerinin incelenmesi
2. Çalışma bir araştırmadır.
3. Araştırmanın amacı: Bipolar Bozukluk tanılı depresif dönemdeki hastalarda komorbid Dissosiyatif Bozukluk sıklığı ve Unipolar depresyon tanılı hastalarla karşılaştırılması, dissosiyasyonun intihar düşüncesi ve anksiyete üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.
4. Çalışma tek görüşme ile yapılacak kesitsel bir çalışmadır.
5. Araştırmaya toplam 102 gönüllü katılması hedeflenmiştir. Bipolar Bozukluk depresif dönem tanısı alan 51 gönüllü ve Major Depresyon Bozukluğu tanısı alan 51 gönüllü alınacaktır.
6. Görüşmeci tarafından bu çalışma için hazırlanan Sosyodemografik form, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Young Mani Ölçeği, Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği doldurulacak ve SCID-D uygulanacak şekilde görüşme yapılacak, sonrasında katılımcılara özbildirim ölçekleri olan Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği verilecek ve doldurmaları için uygun ortam sağlanacaktır.
7. Araştırmada tedavi uygulanmayacaktır.
8. Araştırma sırasında invaziv yöntemler uygulanmayacaktır, biyolojik materyal alınmayacaktır.

9. Araştırmanın deneysel bir parçası bulunmamaktadır.
10. Gönüllünün maruz kalacağı öngörülen risk veya rahatsızlık (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacak ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da maruz kalacağı öngörülen riskler veya rahatsızlıklar dahil olmak üzere) bulunmamaktadır.
11. Gönüllünün araştırmaya katılımının isteğe bağlı olup ve gönüllünün istediği zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilir.
12. Gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak; araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi gönüllünün kimliğinin gizli kalacak,
13. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimlerinin bulunabileceği, ancak bu bilgilerin gizli tutulacak, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya kanuni temsilcisinin söz konusu erişime izin vermiş olacak,
14. Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllünün veya kanuni temsilcisinin zamanında bilgilendirilecek.
15. Gönüllünün; araştırma, kendi hakları veya araştırmayla ilgili herhangi olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmesi için Dr. Gizem Öztürk'e numaralı telefondan mesai saatlerinde erişebilecektir.
16. Gönüllü tarafından verilen bilgilerin güvenilir olmaması veya eksik olması halinde araştırmacılar izni olmadan gönüllüyü çalışmadan çıkarabilecektir.

BGOF'nun imza bölümü;

17. “Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum”
18. “Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum”

19. Gönüllünün adı soyadı/imzası/tarih

.....

.....

.....

.....

20. Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının adı/soyadı/imzası/tarih

.....

.....

.....

.....

21. Gerekliyse olur işlemine tanık olan kişinin adı/soyadı/imzası/tarih.....

.....

.....