



T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜ OLAN VE
OLMAYAN BİPOLAR BOZUKLUK
HASTALARINDA YETİŞKİN AYRILMA
ANKSİYETESİ, ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE
MİZAÇ ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. MEHMET FURKAN GÜLER

DANIŞMAN

DR. ÖĞRETİM ÜYESİ YAŞAN BİLGE ŞAİR

AYDIN-2023

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

**İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜ OLAN VE
OLMAYAN BİPOLAR BOZUKLUK
HASTALARINDA YETİŞKİN AYRILMA
ANKSİYETESİ, ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE
MİZAÇ ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. MEHMET FURKAN GÜLER

DANIŞMAN

DR. ÖĞRETİM ÜYESİ YAŞAN BİLGE ŞAİR

AYDIN-2023

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bana bilgi ve deneyimlerini aktaran ve tezimin oluşmasında büyük katkıları olan saygıdeğer tez danışmanı hocam Dr. Öğr. Üyesi Yaşan Bilge ŞAİR'e, bu süreçte eğitimlerimiz için çok fazla emek veren, bilgi birikimlerini ve tecrübelerini sabırla ve anlayışla aktaran, bilimin ışığında bize yol gösteren ve özgür düşünmemize olanak tanıyan değerli hocalarım Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK ve Prof. Dr. Vesile ALTINYAZAR'a sonsuz teşekkür ederim. Aynı şekilde, uzmanlık eğitimim bir süresinde çalışma fırsatı bulduğum tecrübelerini benimle paylaşan, katkılarını esirgemeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Bilge DOĞAN ve Doç. Dr. Çağdaş Öykü MEMİŞ'e teşekkürlerimi sunarım. Uzmanlık eğitimimde önemli bir yer tutan dış rotasyonlarım sırasında her türlü mesleki birikimlerini ve misafirperverliklerini sunan Prof. Dr. M. Cengiz TATAROĞLU, Prof. Dr. Nefati KIYLIOĞLU, Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ŞAİR, Dr. Öğr. Üyesi Utku Oğan AKYILDIZ ve tüm Nöroloji Anabilim Dalı çalışanlarına; başta Doç. Dr. Hatice AKSU olmak üzere tüm Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı çalışanlarına teşekkürü borç bilirim. İlgi, sevgi ve desteklerini hep arkamda hissettiren sevgili annem, babam ve ablama; tanışıp karşılaşmış olduğum için kendimi şanslı hissettiğim dostlarım Dr. Burkey KARADAĞ'a ve Uzm. Dr. Elif Özlem CANAZLAR'a; uzmanlık eğitimim sırasında birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan, hemşire ve diğer personel arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Son olarak tanıştığımız günden bu yana sevgi ve desteği ile yanımda olan, bana hep güvenen ve cesaretlendiren yol arkadaşım Dr. Ayşe'ye teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR.....	iv
TABLO DİZİNİ.....	v
EKLER DİZİNİ.....	vi
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1.Bipolar Bozukluk.....	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Tarihçe	4
2.1.3. Tanı ve Sınıflandırma	6
2.1.4. Epidemiyoloji.....	14
2.1.5. Etiyoloji.....	15
2.1.5.1. Genetik etkenler	15
2.1.5.2. Nöroendokrin etkenler	16
2.1.5.3. Nörotransmitter sistemi.....	17
2.1.5.4. Nörogörüntüleme	17
2.1.5.5. Psikososyal faktörler	18
2.1.6. Klinik Özellikler ve Prognoz	19
2.2 Bipolar Bozukluk ve İntihar	20
2.3 Anksiyete Duyarlılığı.....	21
2.4 Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi	24
2.4.1. Tarihçe	24
2.4.2. Tanı Ölçütleri	27
2.4.3. Epidemiyoloji.....	28

2.4.4. Etiyoloji.....	30
2.4.5. Klinik Özellikler.....	31
2.5. Mizaç.....	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Uygulama.....	35
3.1.1 Çalışmaya Alınma Kriterleri	36
3.1.2 Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	36
3.2. Veri Toplama Araçları.....	36
3.2.1. Sosyodemografik ve klinik veri formu	36
3.2.2. Eksen I bozuklukları için DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme-I (SCID-I).....	37
3.2.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-1 ve 2)	37
3.2.4. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADI-3).....	37
3.2.5. Young Mani Derecelendirme Ölçeği	38
3.2.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	38
3.2.7. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA).....	38
3.2.8. Beck İntihar Niyeti Ölçeği.....	38
3.2.9. TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire).....	39
3.3. İstatistiksel Yöntemler	39
3. BULGULAR	40
4. TARTIŞMA	51
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	59
6. KISITLILIKLAR.....	60
7. ÖZET	61
8. ABSTRACT	63
9. KAYNAKLAR.....	65
10. EKLER.....	81

KISALTMALAR

BB	: Bipolar bozukluk
İUB :	: İkiüçlü bozukluk
AB:	: Anksiyete bozukluğu
AD	: Anksiyete duyarlılığı
YAAB	: Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ACTH	: Adrenokortikotropik hormon
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
PB	: Panik bozukluk
AAB	: Ayrılma anksiyetesi bozukluğu
HPA	: Hipotalamik-pituitier-adrenal
İGÖ+	: İntihar girişimi öyküsü bulunan
İGÖ-	: İntihar girişimi öyküsü bulunmayan
ADI	: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi
İDÖ	: İntihar düşüncesi ölçeği
BDÖ	: Beck depresyon ölçeği
YAAA	: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi
OXT	: Oksitosin
PET	: Pozitron emisyon tomografisi
fMRG	: Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme
CRH	: Kortikotropin salgılatan hormon

TABLO DİZİNİ

Tablo I. İntihar girişimi öyküsü bulunan bipolar bozukluk hasta grubu ile İntihar girişimi öyküsü bulunmayan bipolar bozukluk hasta grubu arasında bazı kategorik değişkenlerin karşılaştırılması.....	40
Tablo II. İntihar girişimi öyküsü bulunan bipolar bozukluk hasta grubu ile İntihar girişimi öyküsü bulunmayan bipolar bozukluk hasta grubu arasında bazı sayısal değişkenlerin karşılaştırılması.....	43
Tablo III. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği Puanı ile bazı sürekli değişkenlerin korelasyon analizi.....	46
Tablo IV. Beck intihar düşüncesi skorunu yordayan değişkenlerin lineer regresyon analizi.....	49
Tablo V. Gruplar arasındaki lojistik regresyon analizi sonuçları.....	50

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Sosyodemografik ve klinik veri formu.....	81
Ek 2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-1 ve 2).....	83
Ek 3. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADI-3).....	85
Ek 4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği.....	86
Ek 5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	87
Ek 6. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA).....	89
Ek 7. Beck İntihar Niyeti Ölçeği.....	91
Ek 8. Eksen I bozuklukları için DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme-I (SCID-I)..	94
Ek 9. TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire).....	104
Ek 10. Etik Kurul Onay Formu.....	108

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk (BB), önemli psikososyal ve ekonomik morbidite ile ilişkili olan mani, hipomani, depresyon ya da karma görünümlü duygudurum dönemlerinden oluşan, düzelme ve tekrarlamalarla giden bir duygudurum bozukluğudur (1, 2). Bipolar bozukluk milliyet, etnik köken ve sosyoekonomik seviye fark etmeksizin dünya nüfusunun %1'inden fazlasını etkilemektedir (3). Sık yineleme, mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulma ve intihar riski gibi nedenlerle kişinin ve yakınlarının yaşamını olumsuz yönde etkiler (4).

BB'li kişiler arasında intihar davranışı, oldukça sıktır. BB tanılı hastaların % 4-19'unun intihar girişimi sonucu öldükleri, % 20-60'ının da yaşamlarında en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (5). BB' de anksiyete bozukluğu (AB) ek tanısı veya bir semptom olarak anksiyete yaygın olarak bulunmaktadır (6). BB hastalarının % 65'inde en az bir yaşam boyu eksen-I tanının olduğu, BB hastalarının % 42'sinde bu ek tanının anksiyete bozuklukları olduğu bildirilmiştir (7). Yaşam boyu AB ek tanı sıklığı için %90'a kadar yükselen oranlar bildirilmiştir (8,9). BB'de anksiyete bozukluğu ek tanısının intihar riski ile ilişkili olduğu ve intihar girişimi riskini arttırdığı bildirilmiştir (10).

BB hastalarında sıklıkla eşlik eden anksiyete belirtileri ve bozukluklarının ayrı hastalıkların eşlik etmesinden ziyade BB fenotipinin bir parçası olabileceği de belirtilmiştir. Tedavi ve klinik seyir açısından BB' de AB ek tanısının ve anksiyete semptomlarının ayrıntılı değerlendirilmesi kritik öneme sahiptir (6). Özellikle hafif şiddetteki olgular başta olmak üzere, BB hastalarında anksiyete semptom ve sendromları sıklıkla gözden kaçmaktadır (6, 11). Bu nedenle, bazı araştırmacılar tanısal görüşmelerin yanı sıra BB ve anksiyete birlikteliğine işaret edebilecek klinik ve psikolojik değişkenleri saptamaya çalışmışlardır (11). Nörotisizm, sürekli anksiyete ve anksiyete duyarlılığı (AD) arasında hiyerarşik bir ilişkinin olduğu öne sürülmektedir (12).

Anksiyete duyarlılığı anksiyeteden korkmak veya korkmaktan korkmak olarak da nitelendirilebilir ve zararlı fiziksel, fizyolojik ve/veya sosyal sonuçları olduğuna inanılan anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilere karşı aşırı düzeyde korku

olarak tanımlanmıştır (13). AD'nin ilerleyen dönemde oluşabilecek anksiyete bozukluğunu öngörebilen ve değişmeyen yapısal bir özellik olduğu görüşü kabul görmüştür (14).

AD ile intihar davranışı arasında güçlü bir bağlantının varlığı gösterilmiş olup, total AD puanlarının intihar düşüncesinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu gösterilmiştir. Özellikle bilişsel endişeler alt boyutunun intihar düşünce ve girişimleriyle ilişkili olduğunu saptamıştır (15).

Ayrılma anksiyetesi; kişinin bağlanma figürlerinden ayrılma ya da ayrılma beklentisi durumlarında, aşırı ve uygunsuz korku ve sıkıntı hissi ile yüklü bir durum olarak tanımlanmaktadır (16). Ayrılma anksiyetesi gelişimsel dönem ile uygunsuz olduğunda bir ruhsal bozukluk olarak değerlendirilmektedir (17).

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu (YAAB) ek tanısı ile ilgili çalışma sayısı oldukça azdır. Pini ve arkadaşlarının ayaktan tedavi edilen 508 duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu tanılarına sahip olan hastalarla yaptığı geniş çaplı bir çalışmada, bipolar bozukluk hastalarının %44'ünde YAAB'nin eşlik ettiği gösterilmiştir (18).

2016 yılında Türkiye'de Taşdemir ve arkadaşları tarafından yapılan BB'de YAAB komorbiditesini araştıran başka bir çalışmada ise bipolar bozukluk hastalarında YAAB sıklığı % 54 olarak bulunmuştur. Yetişkin ayrılma anksiyetesinin BB tanılı hastalarda yaygın olduğu, bu hastalardaki intihar davranışı ile yakın bir ilişkisi olduğu bildirilmiştir ve BB hastalarında yetişkin ayrılma anksiyetesinin değerlendirilmesine daha fazla dikkat ve zaman ayrılması gerektiği belirtilmiştir (19).

Mizaç kavramı doğuştan gelen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen kişilik özelliklerini simgeler (20). Tanım olarak yapısal, genetik, biyolojik temele dayanan tavır ve davranışları ifade eder (21).

Akiskal afektif mizaçların duygudurum bozukluklarının premorbid seyrinde gözlenebilen davranışsal fenotipik özellikler olduğunu ileri sürmüştür ve 5 temel affektif mizaç tanımlamıştır. Bu beş tür; depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl ve

anksiyöz mizaçlardır (22). BB'nin etiyolojisi, klinik seyri ve tedaviye yanıt oranı ile afektif mizaç arasında ilişki olduğu ve BB araştırılırken mizaç özelliklerinin de göz önüne alınması gerektiği bildirilmiştir (23).

Rihmer ve arkadaşlarının TEMPS-A'yı kullanarak intihar girişimi olan ve olmayan yetişkinlerde mizaç özelliklerini inceledikleri bir çalışmada, intihar girişimi olanlarda depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliklerini anlamlı olarak yüksek bulmuştur. Hipertimik mizaç özelliğini ise özkıym riskine karşı koruyucu mizaç özelliği olarak tanımlamıştır (24).

Yazını incelediğimizde bildiğimiz kadarı ile intihar girişim olan ve olmayan bipolar bozukluk olgularında anksiyete duyarlılığı, yetişkin ayrılma anksiyetesi ve mizaç özelliklerini karşılaştıran; aralarındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. İntihar girişim olan ve olmayan bipolar bozukluk olgularında anksiyete duyarlılığı, yetişkin ayrılma anksiyetesi ve mizaç özelliklerini karşılaştıran, ve bu özelliklerin birbiri ile ilişkisini inceleyen bu çalışmamızın yazına katkıda bulunmasını ümit ediyoruz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Bipolar Bozukluk

2.1.1. Tanım

Bipolar bozukluk (BB), önemli psikososyal ve ekonomik morbidite ile ilişkili olan mani, hipomani, depresyon ya da karma görünümlü duygudurum dönemlerinden oluşan, düzelme ve tekrarlamalarla giden bir duygudurum bozukluğudur (1-2).

BB dünya genelinde yeti yitiminin önde gelen sebeplerinden bir tanesidir. (25). BB; depresyon, anksiyete bozuklukları, şizofreni ve distimiden sonra küresel hastalık yükünün 17. önde gelen sebebidir (26). Bu bozuklukta gözlenmiş olan erken yaştaki ölüm oranlarının yüksekliği, intihar ve eşlik eden ek tıbbi hastalıklar ile ilişkilidir (27).

2.1.2. Tarihçe

Eski çağlardan bu yana mani ve depresyon bilinmektedir ve birçok kutsal kitap ve antik yunan eserinde depresyon ve mani yaşayan kişilere rastlanabilmektedir (28). Eski çağlarda filozoflarca ve hekimlerce coşkunluğun ve çökkünlüğün aşırı halleri biliniyordusa da, ilk olarak M.Ö. 5. yüzyıl'da mani ve melankoli sistematik olarak Hipokrat tarafından tanımlanmıştır (29). Hipokrat'a göre şiddetli üzüntünün patolojik durumu “melankoli” (“melas”, siyah ve “chole”, safra) olarak tanımlanırken; mani ise aşırı sarı safranın sonucudur.

Kapadokyalı Aretaeus ise M.Ö. 2. yüzyılda, mani ve melankolinin tek hastalığın iki ayrı görüntüsü olabileceğinden söz etmiştir ve ilk defa melankoli ve maniyi birbiriyle ilişkilendirmiştir. Ayrıca Aretaeus Kronik Hastalıkların Etiyolojisi ve Semptomolojisi (the Aetiology and Symptomatology of Chronic Diseases) isimli kitabında melankoliyi maninin başlangıcı ve ayrılmaz bir bölümü olarak tanımlamıştır. Aretaeus'un ifade ettiği bu görüşler, bipolarite kavramının doğuşu olarak sayılabilir (30).

Jean-Pierre Falret, 1851 ve 1854'te 'folie circulaire- döngüsel delilik' adında, uzunlamasına gözlemlerle; depresyon, mani ve iyileşmeler ile seyreden bir klinik

tablo tanımlamıştır. Yine 1854'te Jules Baillarger ise iyileşme döneminin bulunmadığı siklik atakları(manik-melankolik) tanımlamak için “folie a' double forme” terimini kullanmıştır. Alman psikiyatrist Karl Kahlbaum da 1882 yılında, mani ve depresyonun tek hastalığın farklı dönemleri olduğunu belirtmiş ve siklotimi terimini kullanarak bu durumu tanımlamıştır (30).

“Modern psikiyatrinin babası” sayılan Emil Kraepelin, psikozları ‘dementia-praecox-erken bunama’ ve ‘manik-depresif psikoz’ olarak ayırmış ve bu iki tablonun belirtileri, gidişi, sonlanması ve farkları ile ilgili tanımlamalar yapmıştır. Erken bunamayı ve manik depresif psikozu birbirinden ayırmaya çalışan Krapelin, manik depresif psikozda erken bunamadan farklı olarak, alevlenme ve düzelmeye giden döngüsel bir tablonun bulunduğunun altını çizmiştir (28).

Daha sonrasında Bleuler, 1930’lu yıllarda, depresif ve manik sendromları “Affektif Bozukluklar” olarak isimlendirmiştir (31). 1959 yılında Leonhard mani ve depresyon dönemleri ile giden ‘bipolar bozukluk’ ve sadece depresyon ya da sadece mani dönemleri ile giden ‘monopolar bozukluk’ olmak üzere iki alt gruba ayıran yeni bir sınıflandırma ileri sürmüştür (32).

BB, 1952’de Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-I (DSM-I)’de “manik depresif reaksiyon” başlığı altında yer almıştır. 1980 yılında yayınlanmış olan DSM III’te ise “affektif bozukluklar” kavramı ilk defa kullanılmış ve Majör Depresif Bozukluk (MDB) ile İki Uçlu Bozukluk (İUB) arasındaki farklılıklar belirtilmiştir. 1987 yılında ise DSM 3-R yayınlamış ve affektif bozukluklar tanımı yerine “duygudurum bozuklukları (DDB)” terimi kullanılmıştır. Ek olarak İUB kendi içinde İUB-I ve İUB-II şeklinde sınıflandırılmıştır. 1994 yılında yayınlanan DSM-IV’te İUB; İUB-I, İUB-II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan İUB olarak dört alt başlık şeklinde ele alınmıştır. 2000 yılında kullanıma giren DSM-IV-TR sınıflama sistemiyle de bu alt başlıklara ek olarak genel tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu tanımı eklenmiştir (33).

2013’te kullanıma girmiş olan DSM-5’te ise DSM-IV-TR’dekinden farklı olarak “İUB ve ilişkili bozukluklar ve Depresif Bozukluklar” biçiminde iki ayrı

bölüm yer almaktadır. Ayrıca tanı ve klinik belirtilerin erken tespit edilmesi amacıyla mani ve hipomani döneminin A tanı ölçütüne duygudurum değişikliklerine ek olarak; amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte olağandışı ve sürekli artış eklenmiştir. Ek olarak, DSM-IV-TR’de bulunan karma epizod tanımı DSM-5’ te kaldırılmıştır, bunun yerine “mani ya da hipomani dönemi karma özellikler gösteren” ve “depresyon dönemi karma özellikler gösteren” belirleyicileri kullanılmıştır (34).

2.1.3. Tanı ve Sınıflandırma

Bipolar bozukluk ve ilişkili bozuklukların DSM-5’ teki sınıflandırması aşağıdaki şekildedir:

- a) Bipolar I Bozukluk
- b) Bipolar II Bozukluk
- c) Siklotimik Bozukluk
- d) Maddenin/İlacın Yol Açtığı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk
- e) Başka Bir Sağlık Duruma Bağlı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk
- f) Tanımlanmış Diğer İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk
- g) Tanımlanmamış İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk

DSM-5’te “İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında yer alan “İki Uçlu I Bozukluk” ve “İki Uçlu II Bozukluk” tanı kriterleri aşağıda açıklanmıştır.

İki Uçlu (Bipolar) I Bozukluğu

BB-I bozukluğu tanısını koyabilmek için, bir mani dönemi için aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir. Hipomani ya da yeğin (majör) depresyon dönemleri mani döneminin öncesinde ya da sonrasında bulunabilir.

Mani Dönemi:

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı

bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derece vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir.

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri,
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardına geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).

7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli 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 fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi) esnasında ortaya çıkan ve antidepresan tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom

düzeyinde tam bir mani dönemi, bir mani dönemi için dolayısıyla iki uçlu I bozukluğu tanısı için yeterli bir kanıttır.

Not: A-D tanı ölçütleri bir mani dönemini oluşturur. Yaşam boyu en az bir kez mani dönemi geçirilmiş olması iki uçlu I bozukluğu tanısı konabilmesi için gereklidir.

Hipomani Dönemi:

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun 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 bir 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 bir duygudurum varsa dördü) sürmüştür, bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişik ve belirgin derecede olmuştur:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri,
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn: yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardına geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon).
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

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

F. Bu dönem, bir maddenin (örn:kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde tam bir hipomani dönemi, bir hipomani dönemi için için yeterli bir kanıttır. Ancak bir ya da iki belirti (özellikle antidepresan kullanımından sonra ortaya çıkan çabuk kızmada artış, sinirlilik ya da kıskırma belirtileri) bir hipomani dönemi için ne yeterli sayılmalı ne de iki uçlu bozukluğa yatkınlığın bir göstergesi olarak görülmelidir.

Not: A-F tanı ölçütleri bir hipomani dönemini oluşturur. İki uçlu I bozukluğunda hipomani dönemleri sık görülür ancak hipomani dönemlerinin olması iki uçlu I bozukluğu tanısı konabilmesi gerekli değildir.

Yeğın (Majör) Depresyon Dönemi :

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır.

Not: Başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri açıkça kapsamayın.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya

da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir).

2. Bütün ya da nerdeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (özel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır).

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, özel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (özel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme 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 işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

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

Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur. İkiuçlu I bozukluğunda yeğin depresyon dönemleri sık görülür ancak iki uçlu I bozukluğu tanısı konabilmesi için böyle dönemlerin olması gerekli değildir

Not: Önemli bir yitim (kayıp), (örn. önemli bir hastalık ya da yetiyitimi, yas, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, parasal çöküntü) karşısında gösterilen tepkiler arasında A tanı ölçütünde belirtilen, yitimle ilgili düşünüp durma, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler yaşanan yitime göre uygun bulunabilir ya da anlaşılabilirse de bir yeğin depresyon döneminin yanı sıra önemli bir yitime olağan tepkinin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçütlere göre dışı vurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

İkiuçlu I Bozukluğu

A. En az bir mani dönemi için tanı ölçütleri karşılanmıştır (yukarıda “Mani Dönemi” başlığının altında yer alan A-D tanı ölçütleri).

B. Mani ve major depresyon dönem (ler) inin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer iki uçlu ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Belirtiniz: Bunaltılı sıkıntı

Karma özellikler gösteren

Hızlı döngülü

Melankoli özellikleri gösteren

Değişik tür (atipik) özellikleri gösteren

Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren

Duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren

Katatoni ile giden

Doğum zamanı (peripartum) başlayan

Mevsimsel örüntü gösteren

İki Uçlu (Bipolar) II Bozukluğu

İki uçlu II bozukluğu tanısı koyabilmek için, o sırada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan hipomani dönemi için ve o sırada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan yeğin (majör) depresyon dönemi için yukarıda tanımlanan tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir.

A. En az bir hipomani dönemi için (yukarıda “Hipomani Dönemi” başlığının altında yer alan A-F tanı ölçütleri) ve en az bir yeğin (majör) depresyon dönemi için (yukarıda “Yeğin Depresyon Dönemi” başlığının altında yer alan A-C tanı ölçütleri karşılanmıştır.

B. Hiçbir zaman bir mani dönemi geçirilmemiştir.

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

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

Belirtiniz: Bunaltılı sıkıntı, karma özellikler gösteren, hızlı döngülü, melankoli özellikleri gösteren, değişik tür (atipik) özellikleri gösteren, duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren, duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren, katatoni ile giden, doğum zamanı (peripartum) başlayan, mevsimsel örüntü gösteren

Siklotimi Bozukluğu

En az iki yıl süreyle bir yeğin (majör) depresyon dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan, depresyon belirtilerinin olduğu birçok dönem ve hipomani dönemi için

tanı ölçütlerini karşılamayan, hipomani belirtilerinin olduğu birçok dönemin olması ile belirlidir.

Maddenin/İlacın Yol Açtığı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk

Duygudurum bozukluğu madde yoksunluğu ya da intoksikasyonu sırasında veya sonrasında ya da ilaç alımına bağlı olarak gelişmiştir.

Başka Bir Sağlık Duruma Bağlı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk

Duygudurum bozukluğunun başka bir sağlık durumunun doğrudan patofizyolojisi ile ilgili bir sonucu olduğuna dair kanıtlar vardır.

Tanımlanmış Diğer İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk

Kısa süren hipomani ve yeğin (majör) depresyon dönemleri, yeterli belirti göstermeyen hipomani dönemleri ve yeğin (majör) depresyon dönemleri, yeğin (majör) depresyon öyküsü olmaksızın hipomani ve kısa süren siklotimi bu alt başlıkta toplanmıştır.

Tanımlanmamış İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk

İkiuçlu ve ilişkili bozukluklardan herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılır (34).

DSM-5'te BB I ve BB II için çeşitli belirleyiciler tanımlanmış ve tedaviyi tasarlarlarken ve tedaviye alınan yanıtı izlerken bu belirleyicilerin varlığını belirtmenin klinik açıdan yarar sağlayacağı vurgulanmıştır. O sıradaki ya da en son mani, hipomani ya da depresyon döneminin çoğu günü boyunca; bunalma ya da gerginlik duyma, dinginlik sağlayamama, kaygılardan ötürü odaklanma güçlüğü, kötü bir şey olacağından korkma, özdenetimi yitirme korkusu belirtilerinin en az ikisinin varlığı halinde bunaltılı sıkıntı belirleyicisi, mani ya da depresyon döneminin herhangi zamanında hezeyan ve/veya halüsinasyon olması halinde psikotik özellik belirleyicisi, son 12 ay içinde mani, hipomani ya da majör depresyon dönemi için tanı kriterlerini karşılayan en az dört duygudurum dönemi olması hızlı döngülülük belirleyicisi olarak belirlenmiştir. Ayrıca DSM-5'te bunaltılı sıkıntı belirleyicisi için

not olarak yüksek bunaltı düzeyinin intihar olasılığının artmasına, hastalığın daha uzun sürmesine ve tedaviye yanıt alınma olasılığında düşmeye yol açtığı belirtilmiştir (34).

2.1.4. Epidemiyoloji

Bipolar bozukluk milliyet, etnik köken ve sosyoekonomik seviye fark etmeksizin dünya nüfusunun %1'inden fazlasını etkilemektedir (3). Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen Ulusal Komorbidite Araştırmasında, ömür boyu prevalans BB-I için %1, BB-II için %1,1 olarak saptanmıştır. Eşik altı tablolar da dikkate alındığında yaşam boyu prevalans %4,4 olarak belirtilmiştir (35). 11 farklı ülkede “Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Uluslararası Kompozit Tanı Görüşmesi” ile yüz yüze yapılan bir diğer geniş çaplı kesitsel çalışmada da bipolar spektrum bozukluklarının tahmini ömür boyu prevalansı %2,4 olarak bulunmuş olup; bunun %0,6'sını bipolar bozukluk tip-1, %0,4'ünü bipolar bozukluk tip-2 oluşturmaktadır (36).

BB tip-I prevalansı erkek ve kadınlarda benzer oranlarda iken, BB-II prevalansı kadınlarda anlamlı olarak yüksek olduğu bilinmektedir (3). Ayrıca BB'nin şekli ve gidişatı bakımından cinsiyetler arasında farklılıkların olduğu görülmektedir. Kadınlarda depresif epizodla başlangıç ve depresif epizod baskınlığı, yaşam boyu psikotik depresyon prevalansı, intihar girişimi ve eksen II ek tanısının eşlik etmesi daha fazla saptanmışken, erkeklerde ise eşzamanlı madde kullanım bozukluğu görülme olasılığının daha yüksek ve intihar girişimlerinin daha şiddetli olduğu saptanmıştır (37).

BB'de ilk belirtilerin en çok 17-21 yaş aralığında başladığı ve başlangıç yaşı açısından iki cinsiyet arasında anlamlı fark olmadığı bilinmektedir. BB'nin 21 yaşından önce başlaması erken başlangıçlı, 40 yaşından sonra başlaması ise geç başlangıçlı şeklinde tanımlanmıştır. Hastaların yaklaşık üçte birinde başlama yaşı 21'in altında, %10'unda ise 50 yaşın üstünde olduğu görülmektedir (29). Ayrıca Bipolar bozukluk yirmili yaşların başları dönemi hastalığı olarak bilinmekle birlikte, epidemiyolojik çalışmalarda ortaya çıkış yaşının bimodal dağılım gösterdiği, 15-24 ve 45-54 olmak üzere iki farklı zaman diliminde kümелendiği saptanmıştır (38).

BB'si olan kişilerde %4-19'a varan oranlarda tamamlanmış intihar görülmektedir. Hastaların %20-60 kadarı da yapılan çalışmalarda hayatlarında en az bir defa intihar girişiminde bulunmuştur. BB'ye sahip bir kişinin intihar ile ölüm riski genel popülasyondan bir kişiye kıyasla 10-30 kat daha fazladır (5).

BB sahip kişilerde komorbid tanılar da yüksek oranda görülmektedir. Bu komorbid ek tanılar arasında en fazla oradan gözlenen hastalıklar Anksiyete bozukluğu (%71), madde kullanım bozukluğu (%56), kişilik bozuklukları (%36) ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğudur (%10-20) (39).

2.1.5. Etiyoloji

Bipolar bozukluğun etiyolojisi ile ilgili çok sayıda çalışma olmasına karşın hastalığın etiyolojisi kesin olarak aydınlatılabilmemiş değildir. Bununla birlikte genetik faktörler, nörotransmitter dengesizlikleri, nöroendokrin dizgedeki düzensizlikler, immünolojik faktörler ve çevresel etmenler gibi birçok faktörün etiyolojide rol aldığı düşünülmektedir.

2.1.5.1. Genetik etkenler

Bipolar bozukluğun genetiği üzerine yapılmış çok sayıda aile, ikiz, evlat edinme, kromozomal bölge ve aday gen çalışmaları vardır. Genetik etkenlerin bipolar bozukluğun gelişiminde %60-80 oranında ağırlığa sahip olabileceği belirtilmiştir (40).

Birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk bulunan kişilerin hastalanma riskinin normal topluma göre yaklaşık 10 kat fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca BB'nin kardeşler arasında görülme sıklığının %5-10; çift yumurta ikizlerinde %10 ve tek yumurta ikizlerinde %50'nin üzerinde olduğu bildirilmiştir (41).

BB'de aile öyküsünün bozukluğun gidişini etkileyebileceği ve aile öyküsü bulunan hastaların daha genç yaşta BB'ye yakalandıkları, daha sık nöbet geçirdikleri, daha fazla hastaneye yatış oranlarının bulunduğu bildirilmiştir. Ayrıca ailesel yüklenmesi olan hastaların bilişsel işlevlerinde daha fazla bozulma görüldüğü, intihar girişim oranlarının daha yüksek olduğu ve daha anksiyöz oldukları saptanmıştır (42).

Genetik çalışmalar geçmişte bağlantı çalışmaları şeklindeyken, genom haritalandırma-genotipleme alanındaki ilerlemelerle birlikte genom geneli ilişkilendirme çalışmaları yaygınlaşmıştır. Bu tip çalışmalarda gösterilmiş en güçlü genetik bulgular, aksonal miyelinizasyonda rol alan ankrin-B proteinini eksprese eden Ankyrin-3 geni (kromozom 10q21.2'de lokalize) ve L-tipi voltaj bağımlı kalsiyum kanalı alfa 1C alt ünitesini kodlayan CACNA1C (12p13) genlerindeki tek nükleotid polimorfizmleri (single nucleotide polymorphisms-SNP) ile ilişkilidir (43). Tek nükleotid polimorfizmleri (SNP) çalışmaları ile bipolar bozuklukta en fazla çalışılan diğer genler ise SLC6A4/5-HTT (serotonin transporter geni), Beyin türevli nörotrofik faktör (BDNF), DAOA/G72 (D-aminoasid oksidaz aktivatör), DTNBP1 (Dysbindin), NRG1 (neurogulin 1), DISC1 (Disrupted in schizophrenia 1) şeklindedir (44).

Ayrıca yapılan çalışmalarda nörepinefrin metabolizmasında önemli bir rolü olan Katekol-O-metil transferaz (COMT) ve monoamin taşıyıcıları ile ilişkili genlerde de polimorfizmler saptanmıştır (45).

2.1.5.2. Nöroendokrin etkenler

Bipolar bozukluğun etiyolojisinde nöroendokrin dizgelerden en çok organizmanın strese verdiği yanıtı düzenleyen hipotalamus-hipofiz-adrenal bez (HPA) eksenini ve tiroid fonksiyonları üzerinde durulmuştur (29).

Strese yanıt olarak hipotalamustan salgılanan CRH (kortikotropin salgılatan hormon), hipofizden ACTH (adreno-kortikotropik hormon); ACTH ise adrenal korteksten kortizol salgılanmasını sağlar (29). Ciddi duygudurum bozukluğu olan kişilerde HPA hiperaktivitesi, CRH aşırı salınımı, plazma-idrar-BOS'ta (beyin omurilik sıvısı) yüksek kortizol düzeyi, büyümüş hipofiz ve adrenal bezleri görülebildiği belirtilmiştir (46). BB'de CRH'ye ACTH ve kortizol yanıtında artış görüldüğü, ayrıca deksametazon süpresyon testinin (DST), bipolar depresyonda, unipolar depresyona göre daha sık bozulduğu saptanmıştır (29).

Tiroid fonksiyon bozukluğu olan hastalarda nöropsikiyatrik semptomlar sık bir şekilde gözlenmektedir. Hipotiroidi depresyon ve bilişsel yetersizlikle ilişkili iken hipertiroidizm ya da tirotoksikoz anksiyete, depresyon, duygulanımda labilite ve

uykusuzluk ile bağlantılı bulunmuştur. Ayrıca hipertiroidizmin manik ataklara yol açabileceği bilinmektedir (47).

2.1.5.3. Nörotransmitter sistemi

Bipolar bozukluğun etyopatogenezinde nörotransmitter düzeylerindeki dengesizliklerin oynadığı role ilişkin teoriler, daha çok kullanılan ilaç tedavilerin etkilerinin incelenmesi sonucu ileri sürülmektedir ve yapılmış nörotransmitter çalışmaları noradrenalin, serotonin ve dopaminden oluşan monoaminerjik sistem üzerine odaklanmıştır (48).

Noradrenerjik-kolinerjik sistemler arasındaki dengesizliğin neden olduğu noradrenerjik aktivasyon ve kolinerjik yetersizliğin mani tablosunun gerçekleşmesinde rolü olduğu, ayrıca manide dopamin ve noradrenalin seviyelerinde artma, depresyonda ise bu seviyelerde azalma olduğu ileri sürülmektedir (49, 50). Ancak nörotransmitter seviyelerinde değişimlerden ziyade, reseptör duyarlılığındaki değişimlerin bu hastalığın patofizyolojisini daha iyi açıklayabileceği de belirtilmiştir (49).

İlgi çekici bir pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışmasında, bipolar bozukluk depresif ataktaki hastalarda 5- hidroksitriptamin 1A reseptör bağlanmasının beyin raphe, hipokampus ve amigdala bölgelerinde düşüş gösterdiği saptanmıştır (51). Ayrıca serotonin öncülü olan L-triptofanın yüksek dozlarda uygulanmasının mani benzeri tablo oluşturduğu bildirilmiştir (52).

Son dönemde tek nörotransmitter sistemindeki sorunlara odaklanmaktan çok; nörodavranışsal sistemlerin, nöral devrelerin ve daha karmaşık nöroregülasyon mekanizmalarının incelenmesine yönelik ilgi artmıştır (29).

2.1.5.4. Nörogörüntüleme

BB'de hem atak hem de iyileşme dönemlerinde yapılmış olan nörogörüntüleme çalışmalarında özgün bir belirteç saptanmamakla birlikte hastalıkla ilişkili olduğu düşünülen bazı anormallikler gösterilmiştir. Bu anormallikler genel olarak duygusal ve nörobilişsel alanlardaki bozulmaları işaret eden limbik sistemde,

subkortikal alanlarda (özellikle prefrontal alanda) ve kortikal bilişsel devrelerde tespit edilmiştir (53).

BB hastalarında, limbik yapıların da merkezinde yer alan lateral ventriküllerin sağlıklı kontrollerden daha geniş olduğuna dair bulgu, görüntüleme çalışmalarında en sık gösterilen sonuçtur (54). Bunun dışında subkortikal gri cevher ve derin beyaz cevher alanlarında hiperintensite artışı, ventropariyetal frontal korteks hücre dansitesinde azalma, hipokampus volümünde azalma, amigdala volümünde artış ya da azalma ve bazal ganglionlarda hiperintens lezyonlarda artış şeklinde bulgular da nörogörüntüleme çalışmalarında gösterilmiştir (55).

Ek olarak PET ve fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRG) çalışmalarında manide sağ hemisferde, depresyonda ise sol hemisferde aktivite kaybı gözlenmiştir (56, 57).

2.1.5.5. Psikososyal faktörler

BB'de kalıtım önemli bir etken olmakla birlikte, hastalık seyrini etkileyebilecek çevresel faktörler de dikkate alınmalıdır (58).

Hastalığa sahip olma riskini arttıran genetik faktörlerin olmadığı durumlarda dahi, çeşitli yaşam alışkanlıkları, alkol ve/veya madde kullanımı, çeşitli ilaçlar ve belli başlı psikososyal faktörler, hastalığın gelişmesinde etkili olabileceği gibi var olan hastalığın ağırlaşmasına da neden olabilir. İntrauterin sigara maruziyeti, maternal viral enfeksiyonlar, baba yaşının ileri olması gibi perinatal faktörlerin de hastalığın oluşma riskini arttırdığı gösterilmiştir. Güneş ışığına maruziyetin daha fazla olduğu mevsimlerin manik veya hipomanik belirtilerin ortaya çıkışıyla bağlantılı olduğu da gösterilmiştir (58, 59).

Psikososyal faktörlerin ve stresli hayat olaylarının gen ekspresyonunu etkileyebileceği, insan beyninde nörotransmitterler ve intranöronal sinyalleşme sisteminde değişikliğe neden olabileceği düşünülmektedir. Özellikle manik ya da depresif olması fark etmeksizin ilk nöbetlerin gelişiminde psikososyal etkenlerin önemli bir tetikleyici faktör olduğu düşünülmektedir. Beynin belli bir bölgesi tekrar tekrar uyarıldığında uyarılma eşiğinin giderek düşeceğini belirten Ateşlenme

(Kindling) fenomenine göre; yaşanan stresör faktörler ilk depresif veya manik atığa karşı biyokimyasal bir hassasiyet yaratır, kişi atak geçirdikçe bu hassasiyet de ağırlaşır. Hassasiyet arttıkça, kişi artık bir stresör olmadan da atak geçirmeye başlar ve atak sıklığı artmaya başlar (29, 60).

Araştırmalar, bipolar bozukluk tanısı konan yetişkinlerin, çocukluk çağı travması oranının %45-%68 arasında değiştiğini bildirmiştir. Bu durumun bozukluğun daha erken yaşta başlamasına neden olduğu ve intihar riskini arttırdığı gösterilmiştir (61).

2.1.6. Klinik Özellikler ve Prognoz

Bipolar bozukluk mani/hipomani ve depresyon dönemlerinin görüldüğü, kişiden kişiye çeşitlilik gösterse de genellikle iyileşme ve yinelemelerle giden kronik bir tablodur (29).

Bipolar bozuklukta ilk epizodun genellikle depresif epizod olduğu ve hastaların belirti başlangıcından ortalama 5-10 yıl sonra tanı alabildiği belirtilmektedir (62). Hastaların tedaviye başlama yaşları ortalama 29 yaş civarı olduğu da gösterilmiştir (63).

İlk ataktan sonraki bir yıl içerisinde hastalığının tekrarlama olasılığının %50'ye, dört sene içerisinde %70'e, beş sene içerisinde %90'lara kadar çıkabildiği belirtilmiştir (62). Ara dönemlerdeki kalıntı-eşik altı belirtilerin varlığının tekrarlayan duygudurum dönemlerinin en önemli yordayıcısı olduğu düşünülmektedir (64). Bipolar bozukluğu olan hastalarda genellikle manik ve depresif atakların ikisi de görülmekle birlikte; %10-20'lik bir kısım hastada sadece manik ataklarla giden bir seyir de izlenebilmektedir (29).

Psikotik belirtiler, erkek cinsiyet, erken başlangıç yaşı, ataklar arasında eşik altı belirtilerin olması, alkol ya da madde kullanım bozukluğu ek tanısının varlığı, hızlı döngülülük ve eşlik eden kişilik bozukluğu kötü prognoz göstergelerinden sayılmaktadır (64). Kısa süreli manik ataklar, intihar düşüncesinin olmaması, ileri başlangıç yaşı ve eşlik eden psikiyatrik veya diğer tıbbi hastalıkların az olması daha iyi bir prognostik seyir olabileceğini düşündürmektedir (29).

BB tanılı hastaların ortalama ömürlerinin BB tanısı almamış kişilerden kısa olduğu bildirilmiş olup, hem doğal hem de doğal olmayan ölüm nedenleri birlikte değerlendirildiğinde mortalite riskinin, BB bozuklukta 2 kat artmış olduğu gösterilmiştir. En sık saptanan üç ölüm sebebinin sırasıyla kardiyovasküler hastalıklar, özkıyım ve kanser olduğu bildirilmiştir (65, 66). Özkıyım girişimlerinin daha çok depresif dönemde gerçekleştiği bildirilmiş olup, bu girişimlerin hastalığın erken dönemlerinde daha sık, ileriki dönemlerinde ise daha ciddi olduğu saptanmıştır (59).

2.2 Bipolar Bozukluk ve İntihar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1974 yılında intihar eylemini “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül amaçlı olarak kendine zarar vermesi” olarak tanımlamıştır. Dünya sağlık örgütü, intihar davranışını; düşünce, plan, girişim ve tamamlanmış intiharı kapsayacak şekilde tanımlamaktadır (67).

İntihar, tüm yaş gruplarında ve farklı coğrafi özelliklerde ölüm nedenleri arasında ilk on sırada yer alan önemli bir halk sağlığı problemidir. Tamamlanmış intihar vakalarının yaklaşık %90'ının altında psikiyatrik hastalık varlığının yattığı bilinmektedir ve intihara bağlı ölümlerin %20'den fazlası BB ile ilişkili bulunmuştur (68, 69). Tüm psikiyatrik hastalıklar arasında BB'nin intihar riskini en çok artıran bozukluklardan birisi olduğu düşünülmektedir (70).

BB'si olan kişilerde %4-19'a varan oranlarda tamamlanmış intihar görülmektedir. Hastaların %20-60 kadarının da hayatlarında en az bir defa intihar girişiminde bulunduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. BB'ye sahip bir kişinin intihar ile ölüm riski genel popülasyondan bir kişiye kıyasla 10-30 kat daha fazladır (5). Ayrıca İntihar girişimleri BB'de ilk depresif dönemde ve hastalığın ilk yıllarında daha sıktır (71). Hastalığın ilerki dönemlerindeki intihar girişimlerinin ise daha ciddi olduğu belirtilmiştir (59).

Tamamlanmış intiharların, intihar girişimlerine oranı, BB'li hastalarda genel popülasyona göre çok daha yüksek bulunmuştur. Genel toplumda 1/35 olan bu oranın, BB'de 1/3'e kadar çıktığı gösterilmiştir. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, yaşam

boyu intihar düşünceleri sıklığı da bipolar bozukluk hastalarında genel popülasyondan yaklaşık 4-5 kat daha fazla saptanmıştır (5).

BB'de genç yaş, evlenmemiş veya boşanmış olmak, erken başlangıç, karma özelliklerin varlığı, atipik özelliklerin varlığı, psikotik özelliklerin varlığı, geçmiş intihar girişimi öyküsü, depresif dönemlerin daha baskın olması, hızlı döngülülük, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozukluğu, yeme bozukluğu, anksiyete bozukluğu ek tanıları, dürtüsellik, ailede hastalık veya intihar öyküsü ve çocukluk çağı travması intihar davranışı açısından genel risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (72). Ayrıca BB'de sosyal izole yaşam, tedavisiz geçen sürenin uzunluğu ve siklotimik mizaç gibi değişkenlerin de intihar girişimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (73).

2.3 Anksiyete Duyarlılığı

Anksiyete duyarlılığı (AD), ruhsal bozuklukların gelişimi ve süregelenleşmesinde rol oynayan bilişsel bir risk faktörü olarak görülmektedir ve son yıllarda araştırmaların ilgi odağı haline gelmiştir (74, 75). İlk defa Reiss ve McNally tarafından 1985 yılında tanımlanmış olup, bireyde korku duygusunu ortaya çıkaran durumdan kaçınma güdüsü olan korku beklentisi (expectancy of fear) modelinin temelini oluşturan iki kavramdan bir tanesidir. Bu kavramlardan diğeri ise anksiyete beklentisi olup, kişinin belirli bir durumda anksiyete ya da korku yaşayacağı beklentisidir. Anksiyete duyarlılığı ise bireysel ve yapısal bir özellik olup süreklilik gösteren temel bir korku şeklinde nitelendirilmiştir (74).

Anksiyete beklentisi, kişinin korkulan nesne/durumla karşılaşıldığında ne olacağını düşünmesidir (örneğin "Uçuş sırasında panik atak geçirmeyi bekliyorum", "Uçaktayken Başkalarının korkumu fark etmesini bekliyorum."). Anksiyete duyarlılığı ise bir kişinin beklenen olaydan korkmak için sahip olduğu nedenleri ifade eder (örneğin, "Engelli olma düşüncesine dayanamıyorum", "Panik ataklar kalp krizlerine neden olur") (76).

Anksiyete duyarlılığı anksiyeteden korkmak veya korkmaktan korkmak olarak da nitelendirilebilir ve zararlı fiziksel, fizyolojik ve/veya sosyal sonuçları

olduğuna inanılan anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilere karşı aşırı düzeyde korku olarak tanımlanmıştır (13). Bu korkunun temelinde kişinin anksiyete veya korkusunun utanma, hastalık, ölüm gibi sonuçlara yol açacağına dair inancı yatar ve kişi kendisini kaygılandırabilecek uyarılara karşı daha tetiktedir (77).

Ayrıca, AD'nin birbiriyle ilişkili üç alt boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlar, fiziksel endişeler (örneğin, hızlı kalp atışı nedeniyle kalp krizi geçirme korkusu), bilişsel endişeler (örneğin, konsantre olma zorluğu veya baş dönmesi nedeniyle “çıldırma” korkusu) ve sosyal endişeler (örneğin, titreme gibi kaygı semptomlarının açıkça gösterilmesi nedeniyle utanç korkusu) şeklindedir (78).

AD ile intihar davranışı arasında güçlü bir bağlantının varlığı gösterilmiş olup, total AD puanlarının intihar düşüncesinin anlamlı bir yordayıcısı olduğu gösterilmiştir. Özellikle bilişsel endişeler alt boyutunun intihar düşünce ve girişimlerle ilişkili olduğunu saptamıştır. Ayrıca fiziksel endişeler alt boyutunun intihar davranışı ile negatif korelasyon gösterdiği saptamış ve fiziksel duyarlılığın daha yüksek olmasının intihar davranışı açısından korucuyucu bir faktör olabileceği ifade edilmiştir. Fiziksel ve sosyal endişeler alt boyutlarının intihar düşüncesiyle anlamlı ilişkisi olmaması nedeniyle, intihar düşüncesi ile toplam AD puanları arasındaki anlamlı ilişkinin bilişsel alt boyut tarafından yönlendirildiği düşünülmüştür (15).

BB' de anksiyete bozukluğu ek tanısı veya bir semptom olarak anksiyete yaygın olarak bulunmaktadır (6). BB hastalarının % 65'inde en az bir yaşam boyu eksen-1 tanının olduğu, BB hastalarının % 42'sinde bu ek tanının anksiyete bozuklukları olduğu bildirilmiştir (7). 2015 yılında yapılmış olan 14914 hastanın verilerini kapsayan 40 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analiz ve gözden geçirme çalışmasında BB'de yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu ek tanısına sahip olan hastaların oranı %45 olarak bulunmuştur. Yaşam boyu AB ek tanı sıklığı için %90'a kadar yükselen oranlar bildirilmiştir (8, 9). BB hastalarında sıklıkla eşlik eden anksiyete belirtileri ve sendromlarının ayrı hastalıkların eşlik etmesinden ziyade BB fenotipinin bir parçası olabileceği de belirtilmiştir. Tedavi ve klinik seyir açısından BB' de AB ek tanısının ve anksiyete semptomlarının ayrıntılı değerlendirilmesi kritik öneme sahiptir (6). Özellikle hafif şiddetteki olgular başta olmak üzere, BB

hastalarında anksiyete semptom ve sendromları sıklıkla gözden kaçmaktadır (6, 11). Bu nedenle, bazı araştırmacılar tanısız görüşmelerin yanı sıra BB ve anksiyete birlikteliğine işaret edebilecek klinik ve psikolojik değişkenleri saptamaya çalışmışlardır (11).

Bir çalışma, anksiyete duyarlılığının BB'de panik bozukluk (PB) prevalansını ve hastalık şiddetini arttırdığını göstermiştir (79). BB'si olan panik bozukluk hastalarında nörotisizm, intihar riski ve anksiyete duyarlılığı BB'si olmayan panik bozukluk hastalarına kıyasla önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (11).

Simon ve arkadaşlarının 2005 yılında BB ile MDB tanılı hastalarda anksiyete duyarlılığını incelediği ve herhangi bir anksiyete bozukluğunun eşlik edip etmemesine göre katmanlandığı bir çalışmada; AD, BB tanılı hastalarda yüksek bulunmuştur ancak AD'deki yükseklik mevcut duygudurum epizodu ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca bipolar depresyon hastalarının AD ölçümleri ötimi dönemindeki hastalardan yüksek bulunmuştur. Unipolar depresyon hastalarında da AD ölçümleri yüksek gösterilmiş, ancak bu yüksekliğin ötimi dönemindeki unipolar ve bipolar hastalardan anlamlı derece farklı olmadığı saptanmıştır (79).

Ayrıca başka bir çalışmada da ötimik dönemdeki BB tanılı hastalarda anksiyete duyarlılığı sağlıklı kontrollere göre yüksek olduğu gösterilmiştir (80).

2009 yılında yapılan meta-analizde, PB ve travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB), diğer anksiyete bozukluklarına oranla AD ile daha güçlü bir ilişki sergilediği gösterilmiş olup aynı zamanda diğer anksiyete bozuklukları ve depresyon hastalarında da AD yüksek saptanmıştır. Özellikle panik bozukluğa agorafobinin eşlik etmesinin de AD'yi arttırdığı gösterilmiştir (74). YAAB'de AD ile ilgili literatürde az sayıda çalışma vardır ve 2013 yılında yapılan bir çalışmada YAAB, panik bozukluk ve panik bozukluğun eşlik ettiği YAAB hasta grupları AD açısından karşılaştırılmış olup, panik bozukluk eşlik etsin veya etmesin YAAB hastalarında panik bozukluk hastalarına göre anksiyete duyarlılığı daha yüksek saptanmıştır (81). PB, YAAB ve sağlıklı kontroller arasında AD'nin incelendiği başka bir çalışmada da YAAB ve PB hastalarında AD puanları sağlıklı kontrollere göre yüksek bulunmuş,

YAAB ve PB hasta gruplarının AD puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (82).

2.4 Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi

Ayrılma anksiyetesi; kişinin bağlanma figürlerinden ayrılma ya da ayrılma beklentisi durumlarında, aşırı ve uygunsuz korku ve sıkıntı hissi ile yüklü bir durum olarak tanımlanabilir (16).

Ayrılma anksiyetesi; özellikle 1 yaş öncesi bebeklerde, anneden veya bakım verenden ayrıldıktan sonra, özvarlığını tehlikede hissetme nedeniyle gözlenmektedir. Bu anksiyete, bakım veren kişi tarafından giderilmektedir. Çoğunlukla sekizinci ayda başlar, 12-15. aylarda en yüksek seviyeye ulaşır ve 3-5 yaşlarında yatışmaktadır ve bu döneme kadar fizyolojik bir tepki olarak değerlendirilmektedir (83).

Ancak ayrılma kaygısı gelişimsel dönem ile uygunsuz olduğunda, ayrılmaya karşı hassasiyetin aşırı ve uzamış durumuna bağlı olarak sosyal, ailesel ya da akademik işlevlerin etkilendiği durumlarda, bir ruhsal bozukluk olarak değerlendirilmektedir (17).

2.4.1. Tarihçe

Literatür incelendiğinde ayrılık anksiyetesinin farklı şekillerde açıklandığı görülmektedir ve bu kavramı ilk belirtenlerden biri Freud olmuştur. Freud ayrılık anksiyetesini erken çocukluk dönemindeki anneyi kaybetme korkusu ya da annenin kaybına bağlı olarak duyulan kaygı şeklinde tanımlanmıştır. Oral haz arayışının da bebeklik yıllarında oluşan bağlanma davranışının altında yatan temel motivasyon olduğunun altını çizmiştir (84). Freud insanın ilk anksiyete deneyimini doğum anında yaşadığını ifade etmiştir ve küçük çocukların bakım verenlerinden ayrıldıklarında gösterdikleri anksiyetenin, doğum travmasının yeniden üretilişi olduğunu da belirtmiştir (84, 85).

Melanie Klein'a göre ise ayrılma anksiyetesinin temelinde, bebeğin birincil bakım verenlere karşı beslediği ambivalans duygular yatmaktadır. Ona göre ayrılma anksiyetesi, çocuğun annesine karşı beslediği karşıt duyguların bir sonucu olarak

anne ortadan kaybolduğunda veya ayrılık gerçekleştiğinde çocuğun annesini sonsuza dek kaybettiğine inanması nedeniyle küçük çocuktan kaynaklanır (85).

Klein sevilen nesneden ayrılma tehdidinin kişide doğuştan var olan bir alarm sistemini harekete geçirdiğini ve bu sistemin iki bileşenden oluştuğunu belirtmiştir. Bunlardan biri etkin yardım arama (protesto) iken, diğeri de çaresizlik–umutsuzluk bileşenidir. Birinci bileşen anksiyete ve panik ataklardan, ikincisi depresif durumlardan sorumludur. Uyarılma eşiği düşük olduğunda bu sistem minimal uyaranlar ile ya da uyaran olmaksızın harekete geçebilir (86).

Nesne ilişkileri kuramına göre de iyi nesne ilişkisi oluşmaması ve sevginin bakım verene transfer edilememesi, yaşamın diğer evrelerinde bağlanma ve olumlu ilişki gelişimi problemlerine yol açabilmektedir (87).

Ayrıca Klein’a göre mani de, yaşamın ilk yıllarında benliğin kendisini başkalarından ayrı olarak algılamasıyla ortaya çıkan ve “depresif pozisyon” denilen sevilen nesneden ayrılma tehdidi ile gelen kayıp, üzüntü ve yasla ilişkili tüm bu olumsuz ve acı veren duygulara, aynı zamanda dışarıdan gelen tehditlere karşı bir çeşit savunma mekanizmasıdır (88).

Mahler ise ayrılık anksiyetesinin nedenlerini uygun ayrışma–bireyleşme sürecinin olmaması, bireyleşmenin pekiştirilmemesi ve nesne sürekliliğindeki sorunlar olarak belirtmektedir. Ayrıca kuramında çok önemli bir çelişkiye dikkat çeker; ayrılma-birleşme çelişkisi olarak adlandırılan bu çelişkide bağımsız kişilik oluşturma isteği, anne korunması isteğiyle devamlı olarak çatışır ve çocuklukta yaşanan bu çelişkinin, bireyi hayatı boyunca etkilemesi söz konusudur (85).

Daha sonrasında 1932 yılında Broadwin, okula gitmeyi reddetme ile ilişkili olarak ayrılık anksiyetesini okul reddi ve okuldan kaçmanın bir şekli olarak belirtmiştir. Broadwin’in “Bu tip çocuklar annesinin başına kötü bir şey gelmesinden korkar, anksiyeteyi yatıştırmak ve rahatlamak için evde ceza bile olsa evlerine geri dönerler.” şeklindeki gözlemi daha sonraları birçok okul reddinin, okul korkusundan ziyade, evden uzak kalma korkusu olarak şekillenmesini sağlamıştır (89).

Ayrılık anksiyetesinin detaylı olarak araştırılması ve hem çocuklar hem de yetişkinlerde görülen psikopatolojik çizelgelerle bağlantılandırılması Bowlby'nin 1940'lı yıllarda ortaya attığı "Bağlanma Kuramı"na dayanmaktadır ve bu kurama göre sağlıklı bağlanmanın sağlanması için, çocuk ile bakım veren arasında doyum ve zevk ilişkisinin olduğu, sıcaklık, yakınlık ve devamlılık içeren ilişkiler gereklidir. Kuramın temelini oluşturan nokta, annenin bebeğine dış dünyayı keşfedebileceği ve gerektiğinde sığınabileceği güvenli bir ortam sağlamasıdır. Bowlby'ye göre bağlanma davranışı içgüdüsel bir eğilimdir ve bağlanmanın amacı içgüdüsel ihtiyaçların karşılanmasıdır. Bowlby ayrılık durumundaki anksiyeteyi çocuk bağlanma nesnesine kolayca ulaşamadığında kendisini güvende hissetmemesi ve tehlike altında hissetmesi nedeniyle yaşadığı kaygı olarak açıklamıştır (83). Ayrıca Bowlby psikanalitik kuramcılardan ayrılmış ve ayrılma anksiyetesinin çocuğun sevgi nesnesinin kaybını fark edecek bilişsel gelişime ulaşmasından önce başladığını belirterek bu durumu kendini koruyamayacak durumdaki çocuğun, erişkin bir bakım verenini yakınında tutmasını sağlayan evrimsel bir mekanizma olarak açıklamıştır (83, 85).

Ayrılma anksiyetesi tanı sistemleri içerisinde ilk olarak DSM-III'te tanımlanmıştır ve 18 yaş öncesi başlayan çocukluk ve ergenlik çağı bozukluğu olarak değerlendirilmiştir. DSM-IV-TR'de "Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk veya Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar" başlığı altında yer almaktadır ve tanı için gereken süre iki haftadan dört haftaya uzatılmıştır (12). Ancak yapılan çalışmalarla yetişkinlerde görülen ayrılma anksiyetesinin tahmin edilenden fazla olduğu ve çocukluk döneminde başlayan ayrılma anksiyetesi bozukluğunun yetişkinlik dönemine kadar sürebileceği ve hatta ilk kez yetişkinlik döneminde ortaya çıkabileceği tartışılmıştır. Çocukluk döneminde başlayan ayrılma anksiyetesi belirtilerinin, erişkin dönemde farklı formda devam ettiği ve bu hastalara tanı kategorisinde erişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunun yer almamasından dolayı klinisyenler tarafından panik bozukluk veya agorafobi tanılarının konulduğu belirtilmiştir (90, 91). Gitgide artan kanıtlar bulunmasıyla birlikte çocukluk çağı bozukluğu olarak kabul edilmiş olan ayrılma anksiyetesi, 2013 yılında yayınlanan DSM-5 ile; 18 yaş sınırı kaldırılmıştır ve bütün yaş dönemlerini kapsayan, bireylerin hayatı boyunca tanı alabileceği bir bozukluk haline gelmiştir. Ayrıca DSM-5'te

Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (AAB) Anksiyete Bozuklukları kategorisine alınmıştır ve tanı konulabilmesi için gerek süre erişkinler için 6 aya çıkarılmıştır (34, 92).

2.4.2. Tanı Ölçütleri

DSM-5 TANI ÖLÇÜTLERİ

A. Aşağıdakilerden en az üçünün olması ile belirli, kişinin bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşırı düzeyde korku ya da anksiyetenin olması

1. Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrılacak gibi olduğunda ya da ayrıldığında tekrarlayan aşırı sıkıntı duyma
2. Bağlandığı başlıca kişileri yitireceği ya da bu kişilerin hastalık, yaralanma, felaket, ölüm gibi zarar göreceği ile ilgili sürekli ve aşırı endişe duyma
3. Bağlandığı başlıca kişilerden birinden ayrılmaya neden olacak, istenmedik bir olay (örneğin kaybolma, kaçırılma, kaza geçirme, hastalanma) ile ilgili olarak sürekli ve aşırı endişe duyma
4. Ayrılma korkusundan dolayı okula, işe, ya da başka bir yere gitmek için evden dışarı çıkmayı, evden uzaklaşmaya isteksizlik ya da buna karşı koyma
5. Tek başına kalmaktan ya da ya da başka ortamlarda tek ya da bağlandığı başlıca kişiler olmadan ev de ya da başka ortamlarda bulunmaktan sürekli, aşırı korku duyma ya da isteksizlik gösterme
6. Evin dışında ya da bağlandığı başlıca kişilerden biri yanında olmadığında uyuma konusunda isteksizlik gösterme ya da buna karşı koyma
7. Yineleyici biçimde ayrılma konusunda kabus görme
8. Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici biçimde fiziksel yakınmalar ya da belirtilerin olması baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı ya da kusma gibi

B. Bu korku, anksiyete ya da kaçınma süreklilik gösterir, çocuklarda ve ergenlerde en az 4 hafta, erişkinlerde 6 ay ya da daha uzun sürer

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

D. Bu bozukluk, otizm spektrum bozukluğunda olduğu gibi değişikliğe aşırı direnç gösterme nedeni ile evden ayrılmayı reddetme, psikotik bozukluklarda, ayrılma ile ilgili sanrı ve varsanılar, agorafobide güvenilen biri olmaksızın dışarı çıkmaya karşı koyma, yaygın anksiyete bozukluğunda önem verdiği kişilerin başına bir hastalık yada kötü bir olay geleceği ile ilgili endişe, hastalık anksiyetesi bozukluğunda bir hastalığının olduğuna dair endişe duyma gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (34).

2.4.3. Epidemiyoloji

Yetişkinlerin değerlendirildiği geniş örneklemli ulusal komorbidite araştırmasında (National Comorbidity Survey Replication-NCS-R) erişkinlik döneminde görülen AAB prevalansının %6.6 olduğu gösterilmiş olup, çocukluk döneminde görülen ayrılma anksiyetesi prevalansı ise %4.1 olarak saptanmıştır. YAAB için 12 aylık prevalans % 1,9 olarak bulunmuştur. Yine Shear ve arkadaşlarının bu çalışmasında YAAB tanısı alan hastaların % 77,5'inin semptomlarının erişkin yaşamda başladığı ve ayrıca çocuklukta AAB tanısı konmuş olan hastaların % 36'sının belirtilerinin erişkin yaşamda da devam ettiği gösterilmiştir. Aynı zamanda bu çalışmada, YAAB tanısı alanların %53'ünde duygudurum bozuklukları öyküsünün olduğu gösterilmiştir (92).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 40.000'e yakın katılımcının verilerini değerlendirerek yaptığı başka bir çalışmada AAB yaygınlık oranı %4.8 saptanmış olup, örneklemin % 43,1'inde hastalığının 18 yaşından sonra başladığı belirlenmiştir (93).

Pini ve arkadaşlarının ayaktan tedavi edilen 508 duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu tanılarına sahip olan hastalarla yaptığı geniş çaplı bir çalışmada, hastaların %42,4'ünün aynı zamanda YAAB tanı kriterlerini karşıladıklarını,

bunların %20,7'sinin çocukluk başlangıçlı, %21,7'sinin ise erişkin başlangıçlı olduğunu bulmuşlardır. Çalışmadaki 175 bipolar bozukluk hastasından 77'sinde (%44'ünde) YAAB'nin eşlik ettiği gösterilmiştir (18).

2016 yılında Türkiyede Taşdemir ve arkadaşları tarafından yapılan BB'de YAAB komorbiditesini araştıran çalışmada ise BB-1 ve BB-2 hastalarından oluşan 70 hastanın YAAB sıklığı % 54 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın önemli bulgularından biri olarak YAAB grubunda intihar öyküsünün anlamlı düzeyde daha fazla bulunduğu belirtilmiştir (19).

Toplum taramalarında YAAB tanısının kadınlarda erkeklerden 1,4 kat fazla olduğu gösterilmiştir. Ayrıca çocukluk dönemi AAB tanısındaki kadın erkek oranındaki farklılığın daha fazla olduğu, YAAB'de cinsiyet farklılığının azaldığı belirtilmiştir (92).

Çocukluk başlangıçlı YAAB'nin 10'lu yaşlarda başladığı, erişkin başlangıçlı YAAB'nin ise 20'li yaşlarda başladığı belirtilmektedir (92). Pini ve arkadaşlarının çalışmasında da çocukluk dönemi AAB başlangıç yaşı ortalaması 5, çocukluk çağından başlayıp erişkinliğe uzanan ayrılma anksiyetesinin başlangıç yaşı ortalaması 8, erişkin başlangıçlı ayrılma anksiyetesinin başlangıç yaşı ortalaması ise 23 olarak gösterilmiştir (18).

Bipolar bozukluk hastalarında yetişkin ayrılma anksiyetesi ile çocukluk döneminde ayrılık anksiyetesi öyküsü bulunmasında, diğer duygulanım bozukluklarına göre daha güçlü bir ilişki bulmuşlardır. Ayrıca, yetişkin ayrılma anksiyetesinin, bipolar bozukluğun erken başlangıç yaşı için bir öngörücü olduğu da belirtilmiştir (94).

Sağlıklı kontrollere göre YAAB tanılı hastaların daha düşük eğitim düzeyine sahip olduğu, bekar-boşanmış ve işsizlik oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (92). Ayrıca BB tanılı hastalarda diğer anksiyete bozuklukları komorbiditesine sahip olmanın karıştırıcı etkileri düzeltildikten sonra YAAB ek tanısının mesleki ve sosyal işlevsellikte anlamlı derecede bozulmaya sebep olduğu saptanmıştır. Ancak bu çalışmada YAAB ek tanısının aile yaşamındaki bozulmanın düzeyi üzerinde etkili olmadığı gösterilmiştir (18).

2.4.4. Etiyoloji

Yazında birçok yazara göre AAB bağlanma kuramıyla açıklanmaktadır. Çocuğun gereksinimlerinin sağlıklı bir biçimde karşılamayan olumsuz ebeveynlik tutumlarının (aşırı koruyucu, eleştirel, ihmalkar vb), sorunlu ya da zayıf bağlanma biçimlerine neden olduğu belirtilmektedir (95). Yapılan çalışmalarda güvensiz bağlanma geliştiren çocuklarda güvenli bağlanma geliştiren çocuklardan daha yüksek oranda kaygı bozukluğu görüldüğü saptanmıştır (96).

Bakım veren kişi ya da kişilerle kurulan ilk ilişkinin daha sonra kurulacak yakın ilişkilere öncülük ettiği bilinmektedir ve sorunlu ya da zayıf bağlanma biçimlerinin çocukluk çağında olduğu gibi erişkin dönemde de birçok ruhsal rahatsızlık için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (97). 2009 yılında Manicavasagar ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada YAAB'nin eşlik ettiği PB hastalarında, YAAB'si olmayan PB hastalarına göre anksiyöz bağlanma biçiminin daha sık olduğu gösterilmiştir (98).

Güvensiz bağlanma biçimi ve duygudurum bozukluklarının birbirini karşılıklı ve çift yönlü olarak olumsuz etkilediği de belirtilmektedir (99). Morriss ve arkadaşları 2009 yılında yapılan başka bir çalışmada anksiyöz bağlanma biçimi puanlarının duygudurum döneminden bağımsız olarak iki uçlu olgularda sağlıklı kontrollerden yüksek olduğunu saptamışlardır (100). Ayrıca yapılan çalışmalarda ayrılma anksiyetesi etiyojisi ile nörotisizmin ilişkisi olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. Ayrılma anksiyetesi olan nörotisizmi yüksek olan bireylerde anksiyete ve duygudurum değişikliklerinin kalıtsal bir alt yapısı olduğu öne sürülmüştür (16).

Oksitosin (OXT); sosyal bağlanma, sosyal etkileşimin düzenlenmesinde hem hayvanlarda hem de insanlarda etkili olduğu gösterilen bir nörotransmitterdir (101). HPA aksı üzerinden kortizol salınımını baskılayarak stresle karşılaşma durumunda anksiyeteyi azalttığı ve güven duygusunu artırdığı öne sürülmektedir (102). Olumlu bağlanmanın oksitosin ve kortizol seviyelerini düzenleyerek stresi azalttığı gösterilmiştir ve bu nedenle oksitosin ile ayrılma anksiyetesinin ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yetişkinlerde bağlanma anksiyetesinin akut strese artmış kortizol yanıtı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (103).

2018 yılında yayınlanan anksiyete bozukluklarındaki oksitosini merkez alan çalışmalarının derlemesinde oksitosin reseptör geni (OXTR) polimorfizmlerinin, bağlanma biçimi ve çocukluktaki olumsuz muameleyle birlikte gen-çevre etkileşimlerinde rol oynadığı ve ayrılma anksiyetesi bozukluğunun şiddeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Epigenetik araştırmalardan elde edilen çok düzeyli kanıtlarla, oksitosin reseptör genindeki (OXTR) hipometilasyon paterni ile AAB ve AAB ilişkili boyutsal özellikler arasında kompleks bağlantı etkileşimlerinin olduğu belirtilmiştir. Ayrıca sosyal strese artan kortizol tepkilerinin de oksitosin reseptör genindeki (OXTR) hipometilasyon paterni ile bağlantılı olduğu ifade edilmiştir (104).

Ek olarak yaşam boyu AAB prevalansı monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre daha yüksek saptanmıştır. Monozigot ikizlerde özellikle kız çocuklarında daha yüksek eş hastalanma oranı olduğu gösterilmiştir (105).

2.4.5. Klinik Özellikler

Yetişkin ayrılma anksiyetesi klinik görünümü çocukluk döneminde görülen AAB'ye benzemekle birlikte aralarında bazı farklılıklar bulunmaktadır (106). Yetişkinler ayrılma anksiyetesi belirtileri, ebeveynlerden ayrılma korkusunun ötesinde, eşten ya da çocuklardan ayrılmaya veya yakınlarının başına bir zarar geleceğine dair aşırı kaygı ve korku duymayı da içine alacak şekilde genişler (107).

Ayrılma anksiyetesi olan erişkinlerin yalnız uyumaya korktukları ve ayrılma temalı kabusların bu erişkinlerde sık görüldüğü belirtilmiştir (108). Çocuklarda evden ayrılmamak için okula gitmeyi reddetme gibi yetişkinler de işe gitmek için evden ayrılmak istemeyebilir (98). Ayrıca bu sorunları yaşayan yetişkinlerin gün içerisinde bağlanma figürüyle birlikte olma süresini uzatma amacıyla sık ve uzun sürelerle telefonla iletişime geçmek istedikleri görülmüştür (107).

Klinikte ayrıca YAAB tanılı hastaların stres durumunda panik benzeri belirtileri yaşadıkları belirtilmiştir (91). AAB ile PB-Agorafobi komorbiditesi ve ayırıcı tanısı açısından dikkatli olunması gerektiği ve hastalarda ayrılık tehdidi ya da korkusunun sorgulanmasının önemli olduğu belirtilmiştir (91, 106). PB'ye YAAB'nin eşlik etme sıklığı % 65 olarak saptanmıştır (91). Bu yüksek

komorbiditenin, D. Klein tarafından önerilen ve bazı genetik araştırmalarla desteklemiş olan çocukluk ayrılma anksiyetesi ile erişkin dönem agorafobi ve panik bozukluğun bağlanma kuramı temelli ayrılma anksiyetesi görüngüleri olduğu yönündeki modelini desteklediğı ancak bu iki bozukluğun bazı semptomlarında örtüşme olsa da birbirlerinden ayırt edilebileceğı ve birbirleri ile yüksek komorbidite gösteren farklı bozukluklar olduğu gösterilmiştir (81).

YAAB geçmiş çalışmalarda genellikle diğ er ruhsal bozukluklara eşlik ederken incelenmiştir ve prognoz üzerinde kötü etkileri olduğu gösterilmiştir. YAAB'nin anksiyete bozukluklarına eşlik etmesi durumunda relapsların arttığı, tedaviye rağmen kalıcı semptomların devam ettiğı ve bu hastaların tedaviye daha dirençli olduğu gösterilmiştir (92, 109). Bipolar bozukluk hastalarında eşlik eden YAAB tanısı varlığında ise daha fazla intihar girişimi öyküsünün bulunduğu ve işlevsellik düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (19). Ayrıca yetişkin dönem ayrılma anksiyetesi belirtilerinin bipolar bozukluğun daha erken yaşlarda başlangıcıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (94).

2.5. Mizaç

Mizaç yani “temperament”, Latince’de karışım anlamına gelen “temperare” kelimesinden türetilmiştir ve bu kavram doğuştan gelen ve yaşam boyunca çok az oranda değış en kişilik özelliklerini simgeler (20, 21). Tanım olarak yapısal, genetik, biyolojik temele dayanan tavır ve davranışları ifade eder (21).

Akiskal afektif mizaç özelliklerinin duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğunu savunmuş, duygudurum bozuklukları ve mizaç özellikleri arasındaki ilişkiyi bir yelpaze içinde tanımlamış ve bu ‘ikiuçlu yelpaze’ nin tüm toplumdaki sıklığının %4-6 arasında olduğunu belirtmiştir (110, 22). Ayrıca Akiskal afektif mizaçların duygudurum bozukluklarının premorbid seyrinde gözlenebilen davranışsal fenotipik özellikler olduğunu ileri sürmüştür ve 5 temel affektif mizaç tanımlamıştır. Bu beş tür; depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl ve anksiyöz mizaçlardır (22).

Günümüzde de bipolar bozukluk yelpazesinin bir ucunda afektif mizacın yer aldığı düşünülmektedir ve yapılan çalışmalarda BB'nin etiyolojisi, klinik seyri ve tedaviye yanıt oranı ile afektif mizaç arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Bipolar bozukluk ve afektif mizaç ilişkisinde öne çıkan özellikler arasında ailesel yüklülük, erken başlangıç, yüksek oranda yineleme ve antidepresan etkisi altında manik kaymaya yatkınlık belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda psikotik bulgulu atakların irritabl mizaç varlığında daha sık izlendiği, manik kaymaların ise hipertimik mizaç varlığında daha sık görüldüğü belirtilmiştir (21). Depresif mizacı olanlarda depresif dönemlerin, hipertimik mizacı olanlarda ise manik dönemlerin daha sık izlendiği ve hipertimik özellikler ile iyi gidiş arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (111, 112).

Akiskal siklotimik mizacın iki kutupluluk ile en bağlantılı mizaç tipi olduğunu ifade etmiştir (113). Akiskal ve ark. yaptıkları bir çalışmada, siklotimik mizacı olanlarda hastalığın daha erken başlangıç gösterdiği, depresif belirtilerin baskın olduğu, hastalığın başlangıcı ve bipolar tanısı alma arasında geçen sürenin uzun olduğu ve daha yüksek oranda psikiyatrik ek hastalığın eşlik ettiği saptanmıştır (114). Ayrıca siklotimik mizaca sahip bireylerin ailelerinde duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları daha yüksek oranda bulunduğu ve siklotimik mizaç özelliği gösteren hastalarda hipertimik mizaca kıyasla intihar girişiminin daha sık olduğu gösterilmiştir (115).

2021 yılında yapılan major depresyon, BBI ve BBII tanılı hastaların mizaç özelliklerini karşılaştıran bir çalışmada, siklotimik ve anksiyöz mizaç BB tanılı hastalarda majör depresyon tanılı hastalara kıyasla daha sık gözlenirken, BBI tanılı hastalarda hipertimik mizacın BBII tanılı hastalara kıyasla daha sık olduğu saptanmıştır (116).

İntihar girişimi olan ve olmayan yetişkinlerde mizaç özelliklerinin incelendiği bir çalışmada, intihar girişimi olanlarda depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliklerini anlamlı olarak yüksek bulmuştur. Hipertimik mizaç özelliğini ise özkıyım riskine karşı koruyucu mizaç özelliği olduğu gösterilmiştir (24). Başka bir çalışmada ise depresif mizaç ve anksiyöz mizacın özkıyım riski ile en kuvvetli ilişkilendirilen mizaç özellikleri olduğu gösterilmiştir (117).

Ek olarak baskın anksiyöz mizacın ve siklotimik mizaç özelliklerinin PB’de YAAB ek tanısıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (118).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Uygulama

Araştırmamız kesitsel bir çalışmasıdır. Etik kurul onayı sonrasında 1 yıl boyunca Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine ayaktan başvuran ve/veya yataklı serviste izlenen, DSM IV tanı kriterlerine göre bipolar bozukluk tanısı alan, çalışmaya katılma ölçütlerini karşılayan, dışlama ölçütlerini içermeyen, gönüllü olan ve onam formunu imzalayan tüm olguların çalışmaya alınması planlanmıştır. Bu nedenle güç analizi yapılmamıştır. Çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan, çalışma hakkında bilgilendirilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden BB tanılı 98 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar hayatlarında en az bir kez intihar girişiminde bulunanlar ve bulunmayanlar olarak iki gruba ayrılmıştır. Hastalarda intihar girişimi öyküsü bulunup bulunmaması, hastaların beyanına göre ve birimimizde takipleri bulunuyorsa tıbbi kayıtlarından edinilen bilgilerle belirlenmiştir.

Çalışmaya alınan tüm katılımcılara çalışmayla ilgili bilgilendirilmelerinin ardından onam formu imzalatılmıştır. Çalışmaya alınan tüm katılımcıların psikiyatrik muayenesi ruh sağlığı ve hastalıkları hekimi tarafından yüz yüze yapılmıştır. Katılımcılar bipolar bozukluk ve/veya diğer psikiyatrik tanılar için SCID-I (DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme kılavuzu) temelli görüşme ile sorgulanmış ve tanıları kesinleştirilmiştir. Psikiyatrik görüşme sonrasında hastalara kendileri tarafından doldurması gereken Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-1 ve 2), Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADI-3), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) ölçekleri verilmiştir. Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Beck İntihar Niyeti Ölçeği ve sosyodemografik ve klinik veri formu klinisyen tarafından doldurulmuştur.

3.1.1 Çalışmaya Alınma Kriterleri

1. 18-65 yaş arasında olmak,
2. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerine başvuruda bulunmak,
3. DSM-IV, SCID-I ile bipolar bozukluk tanısı almak,
4. Türkçeyi iyi düzeyde okuyup anlamak,
5. Çalışmada kullanılacak bilgi formu ve ölçekleri eksiksiz olarak doldurmak,
6. Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmaya onay vermiş olmak.

3.1.2 Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

1. Yaşam boyu zekâ geriliği, obsesif-kompulsif bozukluk, şizofreni ve/veya diğer psikotik bozukluklar, anksiyete bozukluğu, bilişsel bozukluk (deliryum, demans vb.), alkol ve madde kullanım bozukluklarının bulunması,
2. Türkçeyi okuyup anlamakta yetersiz olmak,
3. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olma
4. Çalışmada kullanılacak bilgi formu ve ölçekleri eksik doldurmak
5. Ağır fiziksel bir hastalığının olması ve klinik laboratuvar bulgularının ciddi bir hastalığı gösteriyor olması, ciddi bir nörolojik hastalığının bulunması.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik ve klinik veri formu

Çalışmaya alınan katılımcıların demografik özellikleri ve klinik bilgilerini içeren bir form kullanılacaktır. Formda erişkinin yaş, cinsiyet, toplam öğrenim yılı, çalışma durumu, medeni durumu, daha önce bipolar bozukluk tanısı konulduysa başlama yaşı, psikiyatrik ilaç kullanım öyküleri, sürekli ilaç kullanımı gerektiren bedensel hastalık varlığı ve ilaç kullanımı, sigara- alkol ve madde kullanım öyküsü-miktarı, psikiyatrik soygeçmişi ile ek psikiyatrik hastalık bilgilerinin yazacağı bölüm yer alacaktır.

3.2.2. Eksen I bozuklukları için DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme-I (SCID-I)

Majör DSM-IV Eksen I tanılarının konması için First ve ark. tarafından geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (119). SCID I tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanıların geçerliliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. Türkçe formunun güvenilirlik çalışması 1999 yılında Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (120).

3.2.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-1 ve 2)

Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu envanter her biri 20 maddeden oluşan sürekli ve durumluk olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. Durumluk kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini; sürekli kaygı ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır. Ölçekte doğrudan ya da düz (direkt) ve tersine dönmüş (reverse) ifadeler yer almaktadır. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Her iki ölçekten elde edilen puanlar 20 ile 80 arasında değişir büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder (121, 122).

3.2.4. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADI-3)

Anksiyete duyarlılığını fiziksel, sosyal ve bilişsel boyutlarıyla ölçmeyi sağlamaktadır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek 18 maddeden oluşup, beşli likert tipi değerlendirme (0=çok az, 1=az, 2=biraz, 3=fazla, 4=çok fazla) sağlamaktadır. Hastalara, kendi durumlarına en uygun olan maddeyi işaretlemeleri istenir ve hastalar bu durumu yaşamamış bile olsa yaşamaları halinde nasıl hissedeceklerini dikkate almaları istenmektedir. Ölçek toplam puanı her bir maddenin puanının aritmetik toplamından oluşmaktadır. Yüksek puan, artmış anksiyete duyarlılığını göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Mantar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (123).

3.2.5. Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Young ve arkadaşları tarafından 1978’de manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir . Ölçek toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Yükselmiş duygudurum, hareket ve enerji artışı, cinsel ilgi, uyku, iritabilite, konuşma hızı ve miktarı, düşünce yapı bozukluğu, düşünce içeriği, yıkıcı ve saldırgan davranış, dış görünüm, içgörü gibi alt grupları bulunmaktadır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (124, 125).

3.2.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen depresif belirtilerin sorgulandığı 21 maddeli ölçekte kişinin son bir haftada kendini nasıl hissettiğini en iyi tanımlayan cümleyi belirtmesi istenmektedir (126). Toplam 21 sorudan oluşan, her yanıtta elde edilen 0-3 arasındaki puanların toplanması ile değerlendirilen bir ölçektir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Hisli ve arkadaşları tarafından yapılmış; ölçeğin kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir (127).

3.2.7. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA)

Manicavasagar ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan yetişkinlik dönemindeki ayrılma anksiyetesi belirtilerini araştıran ve 27 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (128). Ölçek 4’lü likert tipi ölçüm yapmakta, her bir madde 0 “hiç hissetmedim” ile 3 “çok sık hissettim” arasında dağılım göstermektedir. Türkçe’ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Diriöz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (129).

3.2.8. Beck İntihar Niyeti Ölçeği

Ölçeğin orijinal formu Beck ve Kovas tarafından, hastaların intihar girişimi konusunda düşünceleri, planları ve niyetlerini belirlemek üzere 19 madde şeklinde oluşturulmuş, görüşmeci tarafından doldurulan kısmi yapılandırılmış bir ölçektir (130). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2015 yılında Özçelik ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkçe formunda toplamda 19 sorudan oluşan, her sorunun 0-2 arasında puanlandığı, altı faktörlü bir yapı elde edilmiştir (131).

3.2.9. TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire)

Baskın affektif mizacı değerlendirmek için Akıskal ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Anket depresif, hipertimik, sinirli (irritabl), siklotimik ve endişeli 48 (anksiyöz) mizaçları belirlemek için düzenlenmiş 99 maddeden oluşur. Kişi tüm yaşamını düşünerek maddeleri ‘doğru’ ya da ‘yanlış’ olarak cevaplandırır. Bir kişide baskın depresif (18 madde), siklotimik (19 madde), hipertimik (20 madde), sinirli (18 madde) ve endişeli (24 madde) mizaç özelliklerinin varlığını belirlemek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18 puandır. Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Vahip ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (132).

3.3. İstatistiksel Yöntemler

Araştırma verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri, varyasyon katsayıları ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, ortanca değerler kullanıldı. Kategorik değişkenler Pearson Ki Kare Testi ile karşılaştırıldı. Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) değişkenler iki grup arasında değerlendirilirken Mann Whitney U Testi kullanıldı. İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık gösteren değişkenler arasında 'backward' tekniği kullanılarak lojistik regresyon analizi yapılmıştır. İntihar düşüncesi ölçeği (İDÖ) ile ilişkili olabilecek değişkenleri tespit ederken Spearman korelasyonu yapılmıştır. Bağımlı değişken İDÖ puanı seçilerek, İDÖ puanı ile korelasyon gösteren bağımsız değişkenler arasında 'Backward' tekniği kullanılarak çoklu doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır. Tüm analizlerin sonuçlarında anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlendi.

3. BULGULAR

Çalışmaya BB tanılı 98 hasta dahil edilmiştir. BB tanılı hastaların 48'inde intihar girişi öyküsü bulunurken 50 hastada intihar girişimi öyküsü bulunmamaktadır. Çalışmamıza dahil edilen hastalar intihar girişimi öyküsü olan BB tanılı hastalar ve intihar girişi öyküsü olmayan BB tanılı hastalar olarak iki gruba ayrılmıştır.

Tablo I: İntihar girişimi öyküsü bulunan bipolar bozukluk hasta grubu ile intihar girişimi öyküsü bulunmayan bipolar bozukluk hasta grubu arasında bazı kategorik değişkenlerin karşılaştırılması

	İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜ OLAN BB		İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜ OLMAYAN BB		İstatistiksel analiz		
	S	%	S	%	X ²	DF	p
<u>CİNSİYET</u>							
ERKEK	14	%29,2	25	%50	4,436	1	0,035
KADIN	34	%70,8	25	%50			
<u>MEDENİ DURUM</u>							
Evli	24	%50	25	%50	0,000	1	1,000
Bekar-Boşanmış-Dul	24	%50	25	%50			
<u>ÇALIŞMA DURUMU</u>							
Çalışıyor	20	%41,7	28	%56	3,166	4	0,531
İşsiz	9	%18,8	10	%20			
Ev hanımı	8	%16,7	6	%12			
Emekli	8	%16,7	4	%8			
Öğrenci	3	%6,3	2	%4			
<u>YAŞADIĞI KİŞİLER (SON 10 YIL VE ÇOĞUNLUKLA)</u>							
Eş/Çocuklar	26	%54,2	27	%54	2,011	4	0,734
Anne/Baba/Kardeşler	15	%31,3	16	%32			

Arkadaşlar	0	%0	1	%2			
Yalnız	6	%12,5	6	%12			
Yurt/Kurum	1	%2,1	0	%0			
<u>YETİŞTİĞİ ÇEVRE</u>							
Şehir	40	%83,3	37	%74	1,267	1	0,260
Kırsal	8	%16,7	13	%26			
<u>TIBBİ EK HASTALIK</u>							
Var	27	%56,3	18	%36	4,044	1	0,052
Diyabet	7	%14,6	6	%12	4,654	4	0,325
Hipertansiyon	7	%14,6	5	%10			
Hipotroidi	6	%12,5	4	%8			
Diğer	7	%14,6	3	%6			
<u>AİLEDE PSİKİYATRİK</u>							
<u>HASTALIK ÖYKÜSÜ</u>							
Var	25	%52,1	23	%46	0,363	1	0,547
Bipolar Bozukluk	10	%20,8	20	%20	2,013	4	0,733
Depresyon	8	%16,7	4	%8			
Şizofreni	4	%8,3	6	%12			
Anksiyete Bozukluğu	3	%6,3	3	%6			
<u>SİGARA KULLANIM</u>							
<u>DURUMU</u>							
27	%56,3	23	%46	1,101	2	0,577	
<u>KULLANDIĞI İLAÇ</u>							
Lityum kullanımı olan	24	%50	25	%50	0,000	1	1,000
Lityum kullanımı olmayan	24	%50	25	%50			
<u>MEVCUT HASTALIK</u>							
<u>DÖNEMİ</u>							
27	%56,3	33	%66	1,517	2	0,468	
Remisyonunda	2	%4,2	3	%6			
Depresif dönemde	19	%39,6	14	%28			
Mani-hipomani Döneminde							

p<0.05, **p<0.001, s:98

İntihar girişimi öyküsü bulunan (İGÖ+) BB hasta grubu ile intihar girişimi öyküsü bulunmayan (İGÖ-) BB hasta grubu bazı kategorik değişkenler açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında medeni durum, çalışma durumu, yaşadığı kişiler, yetiştiğı çevre, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, mevcut hastalık dönemi, sigara kullanımı ve lityum kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

İntihar girişimi öyküsü bulunan BB grubunun %56,3 (n:27)'ünün ek tıbbi bir hastalığı vardır. İntihar girişimi öyküsü bulunmayan BB hasta grubunda ise ek tıbbi hastalığa sahip olma oranı %36 (n:18)'dir. Gruplar ek tıbbi hastalığa sahip olma açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

İntihar girişimi öyküsü bulunan BB grubunda 14 erkek (%29,2), 34 kadın (%70,8) hasta bulunmaktaydı. İntihar girişimi öyküsü bulunmayan BB grubunda ise 25 erkek (%50), 25 kadın hasta bulunmaktaydı. Gruplar cinsiyet açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo II: İntihar girişimi öyküsü bulunan bipolar bozukluk hasta grubu ile İntihar girişimi öyküsü bulunmayan bipolar bozukluk hasta grubu arasında bazı sayısal değişkenlerin karşılaştırılması

	İNTİHAR GİRİşİMİ ÖYKÜSÜ OLAN BB		İNTİHAR GİRİşİMİ ÖYKÜSÜ OLMAYAN BB		İstatistiksel analiz		
	ORT	SS	ORT	SS	U	Z	P
Yaş	40,42	10,297	39,10	10,833	1135,000	-0,462	0,644
Eğitim yılı	11,63	4,035	11,92	3,752	1156,500	-0,315	0,753
Bipolar Bozukluk Başlangıç Yaşı	27,48	8,827	29,66	9,932	1062,500	-0,978	0,328
Bipolar Bozukluk İlk Tedavi Yaşı	28,73	9,353	30,46	10,614	1114,000	-0,612	0,541
Hastalık belirtileri başladıktan sonra tedaviye kadar geçen süre (ay)	16,33	30,393	10,16	24,362	911,000	-2,146	0,032
Bipolar Bozukluk manik/hipomanik atak sayısı	8,81	10,027	6,56	16,932	812,500	-2,777	0,005
BB depresif atak sayısı	12,58	13,030	7,82	17,219	747,000	-3,238	0,001
BB toplam atak sayısı	21,39	20,44	14,38	33,8	717,000	-3,440	0,001
Beck Depresyon Ölçeği	13,02	10,602	7,22	6,810	797,000	-2,872	0,004
Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği	2,42	4,385	0,70	1,776	869,500	-2,721	0,007
Young Mani	1,88	3,146	1,88	4,489	1038,000	-1,334	0,182

STAI TX-1	38,23	12,758	32,56	8,915	913,500	-2,039	0,041
STAI TX-2	49,06	8,794	40,64	8,928	624,000	-4,099	0,000
ADI toplam	29,35	15,741	20,44	11,968	805,500	-2,805	0,005
ADI fiziksel	8,98	5,587	7,22	5,250	964,000	-1,682	0,093
ADI bilişsel	12,02	6,793	7,82	4,637	764,000	-3,106	0,002
ADI sosyal	8,54	5,202	5,40	4,041	776,500	-3,018	0,003
YAAA puanı	36,35	13,929	23,58	13,646	615,000	-4,159	0,000
Temps-a depresif mizaç puanı	8,96	3,935	7	3,295	862,000	-2,412	0,016
Temps-a siklotimik mizaç puanı	12,15	5,450	9,14	5,178	784,000	-2,963	0,003
Temps-a hipertimik mizaç puanı	8,83	4,239	8,64	4,060	1134,500	-0,467	0,641
Temps-a irritabl mizaç puanı	6,71	4,282	4,22	3,803	782,000	-2,981	0,003
Temps-a anksiyöz mizaç puanı	10,67	5,021	8,36	5,271	884,000	-2,251	0,024

p<0.05,**p<0.001,s:98

İntihar girişimi öyküsü bulunan BB hasta grubu ile intihar girişimi öyküsü bulunmayan BB hasta grubu bazı sayısal değişkenler açısından karşılaştırıldığında yaş, eğitim yılı, BB başlangıç yaşı, BB ilk tedavi yaşı, young mani puanı, ADI fiziksel alt ölçek puanı ve hipertimik mizaç puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

İntihar girişimi öyküsü bulunan BB hasta grubunda hastalık belirtileri başladıktan sonra tedaviye kadar geçen süre (ay) ortalaması 16,33 iken intihar girişimi öyküsü bulunmayan BB hasta grubunda 10,16'dır. İki grup arasında hastalık belirtileri başladıktan sonra tedaviye kadar geçen süre (ay) ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0.05).

İGÖ+ BB hasta grubunda manik/hipomanik atak sayısı ortalaması 8,81, İGÖ- BB hasta grubunda ise 6,56 bulunmuştur. İki grup manik/hipomanik atak sayısı ortalaması açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

İGÖ+ BB hasta grubunda depresif atak sayısı ortalaması 12,58, İGÖ- BB hasta grubunda ise 7,82 bulunmuştur. Gruplar depresif atak sayısı ortalaması açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.001$).

İGÖ+ BB hasta grubunda beck depresyon ölçeği puanı ortalaması 13,02, İGÖ- BB hasta grubunda ise 7,22 bulunmuştur. İki grup beck depresyon ölçeği puanı ortalaması açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

İGÖ+ BB hasta grubunda beck intihar düşüncesi ölçeği puanı ortalaması 2,42, İGÖ- BB hasta grubunda ise 0,70 bulunmuştur. Gruplar beck intihar düşüncesi ölçeği puanı ortalaması açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

İGÖ+ BB hasta grubunda STAI-1 ölçeği puanı ortalaması 38,23, İGÖ- BB hasta grubunda ise 32,56 bulunmuştur. Gruplar STAI-1 ölçeği puanı ortalaması açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

İGÖ+ BB hasta grubunda STAI-2 ölçeği puanı ortalaması 49,06, İGÖ- BB hasta grubunda ise 40,64 bulunmuştur. Gruplar STAI-2 ölçeği puanı ortalaması açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.001$).

ADI toplam puanı, ADI bilişsel alt ölçek puanı, ADI sosyal alt ölçek puanı ortalamaları İGÖ+ BB hasta grubunda sırasıyla 29,35, 12,02, 8,54, İGÖ- BB hasta grubunda ise sırasıyla 20,44, 7,82, 5,40 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında ADI toplam puanı, ADI bilişsel alt ölçek puanı ve ADI sosyal alt ölçek puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

İGÖ+ BB hasta grubunda YAAA puanı ortalaması 36,35, İGÖ- BB hasta grubunda ise 23,58 bulunmuştur. Gruplar YAAA puanı ortalaması açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.001$).

İGÖ+ BB hasta grubunda Temps-a depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanları ortalamaları sırasıyla 8,96, 12,15, 6,71, 10,67, İGÖ- BB hasta grubunda ise sırasıyla 7, 9,14, 4,22, 8,36 bulunmuştur. Gruplar arasında Temps-a depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışmamızda o sırada intihar düşüncesi olan hastalarda da analiz yapılması uygun görüldü ve beck intihar düşüncesi ölçeği puanı ve klinik değişkenler arasında korelasyon analizi ve bu ölçek puanı ile anlamlı korelasyon gösteren değişkenler arasında lineer regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo III: Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği Puanı ile bazı sürekli değişkenlerin korelasyon analizi

	Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği Puanı	
DEĞİŞKENLER	r	p
Hasta Yaşı	0,045	0,660
Eğitim yılı	-0,204	0,055
Bipolar Bozukluk Başlangıç Yaşı	0,048	0,637
Bipolar Bozukluk İlk Tedavi Yaşı	0,076	0,454
Hastalık belirtileri başladıktan sonra tedaviye kadar geçen süre (ay)	0,174	0,086
BB manik/hipomanik atak sayısı	0,319	0,001
BB depresif atak sayısı	0,310	0,002
BB toplam atak sayısı	0,359	<0.001

Beck Depresyon Ölçeği	0,677	<0.001
Young Mani	0,547	<0.001
STAI TX-1	0,542	<0.001
STAI TX-2	0,533	<0.001
ADI toplam	0,504	<0.001
ADI fiziksel	0,386	<0.001
ADI bilişsel	0,530	<0.001
ADI sosyal	0,414	<0.001
YAAA puanı	0,563	<0.001
Temps-a depresif mizaç puanı	0,517	<0.001
Temps-a siklotimik mizaç puanı	0,391	<0.001
Temps-a hipertimik mizaç puanı	-0,103	0,315
Temps-a irritabl mizaç puanı	0,453	<0.001
Temps-a anksiyöz mizaç puanı	0,519	<0.001

p<0.05,**p<0.001,s:98

r değeri için:

1. $r<0.2$ ise çok zayıf ilişki yada korelasyon yok
2. 0.2-0.4 arasında ise zayıf korelasyon.
3. 0.4-0.6 arasında ise orta şiddette korelasyon.
4. 0.6-0.8 arasında ise yüksek korelasyon.
5. $0.8>$ ise çok yüksek korelasyon olduğu yorumu yapılır

Beck intihar düşüncesi ölçeği puanı ile değişkenler arasındaki korelasyona bakıldığında hasta yaşı, eğitim yılı, bipolar bozukluk başlangıç yaşı, bipolar bozukluk ilk tedavi yaşı, hastalık belirtileri başladıktan sonra tedaviye kadar geçen süre, temps-a hipertimik mizaç puanı ile İDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır.

İDÖ puanı ile manik/hipomanik atak sayısı arasındaki korelasyona bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı zayıf şiddette pozitif korelasyon bulundu ($p<0,05$; $r:+0,319$). Manik/hipomanik atak sayısı arttıkça İDÖ puanı da artmaktadır.

İDÖ puanı ile depresif atak sayısı arasındaki korelasyona bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı zayıf şiddette pozitif korelasyon bulundu ($p<0,05$; $r:+0,310$). Depresif atak sayısı arttıkça İDÖ puanı da artmaktadır.

İDÖ puanı ile toplam atak sayısı arasındaki korelasyona bakıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı zayıf şiddette pozitif korelasyon bulundu ($p<0,001$; $r:+0,359$). Toplam atak sayısı arttıkça İDÖ puanı da artmaktadır.

İDÖ puanı ile Beck Depresyon Ölçeği puanı arasındaki korelasyona bakıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksek şiddette pozitif korelasyon bulundu ($p<0,001$; $r:+0,677$). BDÖ puanı arttıkça İDÖ puanı da artmaktadır.

İDÖ puanı ile Young Mani Ölçeği puanı arasındaki korelasyona bakıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı orta şiddette pozitif korelasyon bulundu ($p<0,001$; $r:+0,547$). Young Mani Ölçeği puanı arttıkça İDÖ puanı da artmaktadır.

İDÖ puanı ve sırası ile STAI-1 ve STAI-2 ölçeği puanları arasındaki korelasyona bakıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı orta şiddette pozitif korelasyon bulundu ($p<0,001$, STAI-1 için $r:+0,542$, STAI-2 için $r:+0,533$). STAI-1 ve STAI-2 ölçeği puanı arttıkça İDÖ puanı da artmaktadır.

İDÖ puanı ve sırası ile ADI toplam, ADI bilişsel alt ölçeği ve ADI sosyal alt ölçeği puanı arasındaki korelasyona bakıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı orta şiddette pozitif korelasyon bulundu ($p<0,001$, ADI toplam puanı için $r:+0,504$, ADI bilişsel alt ölçeği puanı için $r:+0,533$, ADI sosyal alt puan ölçeği için $r:+0,414$). İDÖ puanı ve ADI fiziksel alt ölçeği puanı arasındaki korelasyona bakıldığında ise istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı zayıf şiddette pozitif korelasyon bulundu ($p<0,001$; $r:+0,386$). ADI toplam, bilişsel alt ölçek, sosyal alt ölçek ve fiziksel alt ölçeği puanları arttıkça İDÖ puanı da artmaktadır.

İDÖ puanı ve sırası ile Temps-a depresif, irritabl ve anksiyöz mizaç puanları arasındaki korelasyona bakıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı orta şiddette pozitif korelasyon bulundu ($p<0,001$, depresif mizaç için $r:+0,517$, irritabl mizaç için $r:+0,453$, anksiyöz mizaç için $r:+0,519$). İDÖ puanı ile Temps-a siklotimik mizaç puanı arasındaki korelasyona bakıldığında ise istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı zayıf şiddette pozitif korelasyon bulundu ($p<0,001$; $r:+0,391$). Temps-a depresif, irritabl, anksiyöz ve siklotimik mizaç puanları arttıkça İDÖ puanı da artmaktadır.

Tablo IV: Beck intihar düşüncesi skorunu yordayan değişkenlerin lineer regresyon analizi

Bağımlı Değişken Beck intihar düşüncesi puanı							
Bağımsız değişkenler	Beta	S.E.	B(95%CI)	t	P	VIF	Durbin-watson
YAAA puanı	0,036	0,028	0,008((-0,048)-(0,064))	0,228	0,774	2,409	1,781
Tepms-a siklotimik mizaç puanı	-0,173	0,59	-0,107((-0,225)-(0,011))	-1,805	0,074	1,883	
ADI toplam puanı	0,243	0,25	0,57((0,007)-(0,107))	2,282	0,025	1,825	
Beck Depresyon Puanı	0,543	0,40	0,199((0,120)-(0,278))	5,008	0,000	1,470	

$p<0.05$, ** $p<0.001$, s:98

Çalışmamızda İDÖ puanı ile anlamlı ilişkili olduğu bulunan toplam atak sayısı, BDÖ puanı, Young mani ölçeği puanı, YAAA puanı, ADI toplam puanı, STAI-1 ve 2 puanları, Temps-a depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanları ile lineer regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan analizde İDÖ puanı ile BDÖ düzeyi ve ADI toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo V: Gruplar arasındaki lojistik regresyon analizi sonuçları

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Sürekli Değişkenler	B	S.E.	df	p	Exp(B)	Exp(B) (95%CI) lower	Exp(B) (95%CI) upper
İntihar Girişimi Öyküsü Olan Bipolar Bozukluk Hastası	STAI TX-2	-0,106	0,039	1	0,007	0,899	0,883	0,971
	YAAA puanı	-0,058	0,024	1	0,014	0,943	0,900	0,988
	Temps-a anksiyöz mizaç puanı	0,140	0,069	1	0,043	1,150	1,005	1,1316

p<0.05,**p<0.001,s:98

BB hastalarında intihar girişimi öyküsü bulunması ile bağımsız değişkenler olan BB depresif atak sayısı, BB manik-hipomanik atak sayısı, YAAA puanı, STAI-2 puanı, ADI toplam puanı, Temps-a depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanlarının her biri ile olan ilişkisi lojistik regresyon analizi ile incelendi.

Gruplar arasında yapılan lojistik regresyon analizinde STAI-2 puanı (p=0,007), YAAA puanı (p=0,014) ve Temps-a anksiyöz mizaç puanı (p=0,043) ile intihar girişimi öyküsü bulunan BB arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili saptanmıştır.

4. TARTIŞMA

BB tüm psikiyatrik hastalıklar arasında intihar riskini en çok artıran bozukluklardan bir tanesidir ve intihar davranışı BB’de önemli bir sorundur (70). Yapılan çalışmalarda BB tanısına sahip erişkinlerin % 20-60'ının yaşamlarında en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (5, 133). Çalışmamızda BB’de intihar girişiminde bulunma oranı % 49 olarak gösterilmiştir ve literatürdeki çalışmalara benzer görünmektedir.

Çalışmamızda kadın bipolar bozukluk hastalarında geçmişte intihar girişimi öyküsü bulunma oranı %57,6 iken erkek bipolar bozukluk hastalarında bu oran %35,9 olarak bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalarda bipolar bozuklukta erkek hastaların intihar girişimlerinin daha şiddetli olduğu, kadın hastalarda ise intihar girişimi oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (37, 134). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak intihar girişimi öyküsü kadın hastalarda daha yüksek bulunmuştur.

Literatürde bekar olma, yalnız yaşama ve dolayısıyla aile desteğinden yoksun olma yüksek intihar riski ile ilişkili bulunmuştur (71). Medeni durumun intihar riski ile ilişkili olmadığı yönünde çalışmalar da mevcuttur (135, 136). Çalışmamızda bipolar bozuklukta medeni hal ve birlikte yaşadığı kişiler ile intihar girişiminin dağılımları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun nedeni olarak aile desteğinden yoksun yalnız yaşayan bipolar bozukluk hastalarının psikiyatri birimimizdeki başvuru ve düzenli takip oranlarının daha düşük olması ve bu nedenle çalışmamıza yalnız yaşayan bipolar bozukluk hastalarının düşük katılım oranı göstermesi olabilir.

Çalışmamızda intihar girişimi öyküsü bulunan bipolar bozukluk hastalarında çalışma oranı %41,7 iken, intihar girişimi öyküsü bulunmayan bipolar bozukluk hasta grubunda bu oran %56 olarak bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda tıbbi ek hastalık oranları İGÖ+ bipolar bozukluk hastalarında %56,3 iken diğer grupta %36 saptanmamıştır. Çalışmamızda gruplar ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından incelendiğinde ise İGÖ+ grupta ailede psikiyatrik hastalık bulunma oranı %52,1 iken diğer grupta bu oran %46 olarak gösterilmiştir. Literatüre baktığımızda ailede

psikiyatrik hastalık öyküsü, işsizlik ve tıbbi ek hastalığın bulunması bipolar bozuklukta intihar riski ile ilişkilendirilmiştir (72, 137). Çalışmamızda bu değişkenler için gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bunun nedeni örneklem sayımızın, bu değişkenler ile intihar arasındaki ilişki açısından literatürle uyumlu sonuçlar elde etmeye yetecek büyüklükte olmaması olabilir.

Yine her iki grupta toplam öğrenim yılı ortalama değerleri açısından istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Çalışmamızın bulgularına benzer şekilde; yapılan çalışmalarda da intihar girişimi ile eğitim düzeyi arasında ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (135, 138).

Literatürde bazı çalışmalar, bipolar bozuklukta erken başlangıçlı hastalık öyküsünü intihar girişimi ile ilişkili saptanmıştır (10, 137). İntihar girişimi ile hastalık başlangıç yaşı arasında ilişki saptanmayan çalışmalar da mevcuttur (139). Çalışmamızda gruplar arasında hastalık başlangıcı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu bulgumuz örneklem sayısının yeterince büyük olmaması nedeniyle de olabilir.

Çalışmamızda toplam geçirilen atak sayısı intihar girişim öyküsü bulunan grupta, bulunmamış gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Çalışma bulgularımızla uyumlu olarak, Gonda ve arkadaşlarının yapmış olduğu derleme çalışmasında intihar girişiminin geçirilen atak sayısı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (71). Ayrıca çalışmamızda özellikle geçmiş depresif atak sayısı İGÖ+ grupta, İGÖ- grubun yaklaşık 2 katı olacak şekilde saptanmıştır ve geçmiş depresif atak sayısı bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Bipolar bozuklukta baskın atağın depresyon olmasının intihar girişimi ile ilişkili olduğu geçmiş çalışmalarda gösterilmiştir ve çalışmamız bu yönüyle literatürdeki bu bilgiyi destekler niteliktedir (10, 71, 137).

Yapılan çalışmalarda daha uzun tedavi görmemiş hastalık süresine sahip olan bipolar bozukluk hastalarında intihar girişimi oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu hastalarda ilk epizodun genellikle depresyon şeklinde olduğu ve depresif ilk epizod varlığının da intihar riskinde artışla ilişkili olduğu belirtilmiştir (137, 140). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak İGÖ+ bipolar bozukluk hasta

grubunda tedavisiz geçen hastalık süresi diğer gruba göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır.

Marangell ve arkadaşlarının yaklaşık 1600 bipolar bozukluk hastası ile yapmış olduğu prospektif bir çalışmada; tamamlanmış intihar dahil olmak üzere diğer değişkenler kontrol edildikten sonra hastaların gelecekteki intihar davranışı için en önemli risk faktörünün intihar girişimi öyküsü olduğu gösterilmiştir ayrıca başka çalışmalarda da bu bulgular desteklenmiştir (141, 142). İntihar düşüncesi de intihar davranışının habercisi olarak kabul edilmektedir. Literatürde az sayıda çalışmada intihar düşüncesiyle intihar girişimi bir arada ele alınmıştır. Bipolar bozukluk hastalarıyla yapılan çalışmalarda intihar girişiminde bulunmuş hastaların intihar girişiminde bulunmamış hastalara göre intihar düşüncesi puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (137, 141). Çalışmamızda da beck intihar düşüncesi ölçeği İGÖ+ bipolar bozukluk grubunda, diğer gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç özelliklerinin intihar girişimi ve intihar riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (24, 143). Duygudurum bozukluğu olan 346 yetişkin hasta ile yapılan çalışmada siklotimik-depresif-anksiyöz mizaç özelliklerinin intihar riski ile ilişkili olduğu saptanmıştır (144). Başka bir çalışmada ise depresif mizaç ve anksiyöz mizacın özkıym riski ile en kuvvetli ilişkilendirilen mizaç özellikleri olduğu gösterilmiştir (117). Ek olarak 2016 yılında Japonya’da 116 hasta ile yapılan bir çalışmada anksiyöz mizacın, diğer mizaç özelliklerine göre intihar girişimi ile daha fazla bağlantılı olduğu da belirtilmiştir (145). Çalışmamızda iki grup mizaç özellikleri açısından karşılaştırıldığında depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanları intihar girişimi bulunan grupta diğer gruba göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Ayrıca yapılan lojistik regresyon analizinde anksiyöz mizaç puanı anlamlılığını korumuştur. Literatürdeki bazı çalışmalar hipertimik mizaç özelliğini ise özkıym riskine karşı koruyucu mizaç özelliği olarak tanımlamışlardır (24, 146). Çalışmamızda hipertimik mizaç puanı gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir.

BB hastalarında sıklıkla eşlik eden anksiyete belirtileri ve sendromlarının ayrı hastalıkların eşlik etmesinden ziyade BB fenotipinin bir parçası olabileceği

belirtilmiştir (6). Birçok çalışmada bipolar bozuklukta kaygı bozukluğu komorbiditesi ya da kaygı belirtileri varlığının özkıym olasılığını daha fazla artırdığı ve klinik seyir ve tedavi açısından BB’de AB ek tanısının ve anksiyete semptomlarının ayrıntılı değerlendirilmesinin kritik öneme sahip olduğu belirtilmiştir (6, 147). Biz de literatürdeki bu bulgulardan yola çıkarak çalışmamızda çeşitli anksiyete ilişkili özelliklerin bipolar bozuktaki intihar ile ilişkisini incelemeyi amaçladık.

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunmuş hastalarda, bulunmamış hastalara göre; hem sürekli hem de durumluk kaygı düzeyleri anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda AD ile sürekli anksiyetenin farklı kavramlar olduğu, AD’nin ilerleyen dönemde oluşabilecek anksiyete bozukluğunu öngörebilen ve değişmeyen yapısal bir özellik olduğu görüşü kabul görmüştür (14).

Literatürü incelediğimizde anksiyete duyarlılığı ile intihar davranışı arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (15, 148) Özellikle bilişsel endişeler alt boyutunun intihar düşünce ve girişimlerle ilişkili olduğunu saptamıştır. Ayrıca fiziksel endişeler alt boyutunun intihar davranışı ile negatif korelasyon gösterdiği saptanmış ve fiziksel duyarlılığın daha yüksek olmasının intihar davranışı açısından koruyucu bir faktör olabileceği ifade edilmiştir. Fiziksel ve sosyal endişeler alt boyutlarının intihar düşüncesiyle anlamlı ilişkisi olmaması nedeniyle, intihar düşüncesi ile toplam AD puanları arasındaki anlamlı ilişkinin bilişsel alt boyut tarafından yönlendirildiği düşünülmüştür (15). Literatürde AD’yi bipolar bozuklukta inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Simon ve arkadaşlarının 2005 yılında BB ile MDB tanıli hastalarda anksiyete duyarlılığını incelediği ve herhangi bir anksiyete bozukluğunun eşlik edip etmemesine göre katmanlandığı bir çalışmada; AD, BB tanıli hastalarda yüksek bulunmuştur (79). Bildiğimiz kadarı ile literatürde bipolar bozukluk hastalarında intihar ile anksiyete duyarlılığı ilişkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda ADI bilişsel ve sosyal alt ölçek puanları ve ADI toplam puanları, intihar girişimi bulunan grupta anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. ADI bilişsel kaygılar alt boyutunun intihar girişimi bulunan grupta yüksek saptanmasının nedeni, bilişsel kaygıları fazla olan hastalarda “delirebileceği, kontrolünü kaybedebileceği veya ölebileceği hissi” şeklindeki korkuların bulunması

ve bu kontrolü kaybetme ile ilişkili korkularla mücadele etmenin bir yolu olarak ölümün kesinliğini ve algılanan huzurunu idealleştirmesi ile ilgili olabilir (15). Çalışmamızda ADI sosyal kaygılar alt ölçeği puanı da intihar girişimi bulunan grupta anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Bipolar bozuklukta rekabetçi sosyal algılayışın daha fazla olduğu bildirilmiştir ve bu hastalarda sosyal kaygılar alt ölçeğinden daha yüksek puan alan bireylerin, utanmaya yol açacağına inandıkları için kaygı ile ilgili duyumlardan korkma olasılıkları daha yüksek olabilir (149, 150). Bu korku sosyal ortamlardan çekilmelerine, aidiyet duygusunun azalmasına ve sosyal işlevselliklerinde bozulmaya neden olabilir. Yalnızlık ve sosyal işlevsellikteki bozulma da intihar girişimlerinin önemli habercileri olarak tanımlanmıştır (151, 152, 153). Ülkemizde bipolar bozukluk tanılı hastalarda DSM-IV tanı kriterlerine göre yapılmış bir çalışmada da, BB'ye en sık eşlik eden anksiyete bozukluğu sosyal anksiyete bozukluğu olarak saptanmıştır ve özellikle yaşam boyu sosyal anksiyete bozukluğu ek tanısının daha fazla intihar girişimi öyküsüyle ilişkili olduğu gösterilmiştir ve çalışmamızın bu bulgusunu destekler niteliktedir (154). Ayrıca tüm bunlara ek olarak geçmişteki bir intihar girişimi bireyin başkalarının kendisini nasıl algıladığı konusunda endişelere yol açarak sosyal endişeler puanındaki yüksekliğe katkıda bulunmuş olabilir.

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda yetişkin ayrılma anksiyetesi ile ilgili çalışma sayısı oldukça azdır. Pini ve arkadaşlarının ayaktan tedavi edilen 508 duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu tanılarına sahip olan hastalarla yaptığı geniş çaplı bir çalışmada, bipolar bozukluk hastalarının %44'ünde YAAB'nin eşlik ettiği gösterilmiştir (18). 2016 yılında Türkiye'de Taşdemir ve arkadaşları tarafından yapılan BB'de YAAB komorbiditesini araştıran çalışmada ise bipolar bozukluk hastalarında YAAB sıklığı % 54 olarak bulunmuştur (19). Anksiyetenin BB fenotipinin bir parçası olabileceği belirtilmektedir ve yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğa YAAB'nin yüksek oranda eşlik ettiğinin gösterilmesi, ayrılma anksiyetesinin bipolar bozuklukta anksiyete fenomenine önemli bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir (6, 18, 19). Ayrıca ayrılma anksiyetesi olan nörotisizmi yüksek olan bireylerde anksiyete ve duygudurum değişikliklerinin kalıtsal bir alt yapısı olduğu öne sürülmüştür (16).

Çalışmamızda yetişkin ayrılma anksiyetesi puanları intihar girişimi öyküsü bulunan BB hasta grubunda, intihar girişimi öyküsü bulunmayan gruba göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Yapılan lojistik regresyon analizinde anksiyete duyarlılığının intihar girişimi öyküsü ile olan ilişkisi kaybolurken, yetişkin ayrılma anksiyetesinin anlamlılığı devam etmiştir. 2017 yılında Miniati ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada güvenli olmayan bağlanma biçimlerinin artmış intihar riski ve davranışıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (155). Güvenli olmayan bağlanma biçimlerinin ayrılma anksiyetesi ve etiyolojisiyle olan derin ilişkisi düşünüldüğünde çalışmamız literatürdeki bu bulguyla uyumlu sonuç vermiştir (98, 156). Ayrıca çalışmamızla uyumlu olarak ülkemizde yapılan bir çalışmada da BB'deki YAAB komorbiditesinin intihar ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (157).

Bipolar bozukluk hastalarında yetişkin ayrılma anksiyetesi ile çocukluk döneminde ayrılık anksiyetesi öyküsü bulunmasında, diğer duygudurum ve anksiyete bozukluklarına göre daha güçlü bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca, yetişkin ayrılma anksiyetesinin, bipolar bozukluğun erken başlangıç yaşı için bir öngörücü olduğu da belirtilmiştir (94). Literatürde bipolar bozukluktaki erken başlangıç yaşının intihar için risk faktörü olduğu bildirilmiştir ve bu bulgular ayrılma anksiyetesinin intihar girişimi öyküsü bulunan grupta yüksek saptanmasıyla uyumludur (10, 137). Ayrıca bipolar bozukluk hastalarındaki bu yetişkin ayrılma anksiyetesi ve çocukluk dönemindeki ayrılma anksiyetesi öyküsü arasındaki güçlü ilişki, bipolar bozukluk hastalarındaki ayrılma anksiyetesinin daha çok süreklilik gösteriyor olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (94). Atak dönemleri dışındaki rezidüel belirtilerin yüksek intihar riski ile ilişkili olduğu saptanmıştır ve bipolar bozukluk hastalarındaki ayrılma anksiyetesinin süreklilik gösteren bu yapısı dönemler arasında kalıntı belirtilere yol açarak bu duruma neden olabilir (158).

Literatürde olumlu bağlanmanın oksitosin ve kortizol seviyelerini düzenleyerek stresi azalttığı gösterilmiştir ve bu nedenle oksitosin ile ayrılma anksiyetesinin ilişkili olabileceği düşünülmektedir (103). 2018 yılında yayınlanan anksiyete bozukluklarındaki oksitosini merkez alan çalışmalarının derlemesinde epigenetik araştırmalardan elde edilen çok düzeyli kanıtlarla, oksitosin reseptör

genindeki (OXTR) hipometilasyon paterni ile AAB ve ayrılma anksiyetesi ilişkili boyutsal özellikler arasında kompleks bağlantı etkileşimlerinin olduğu belirtilmiştir. Ayrıca sosyal strese artan kortizol tepkilerinin de oksitosin reseptör genindeki (OXTR) hipometilasyon paterni ile bağlantılı olduğu ifade edilmiştir (104). 2008 yılında yapılan bir çalışmada da oksitosin reseptör geni (OXTR) rs3796863 tek gen polimorfizminin BB'de intihar girişimiyle ilişkili olabileceği belirtilmiştir ve bu bulgular çalışmamızda saptanan yetişkin ayrılma anksiyetesinin bipolar bozukluktaki intihar ile olan ilişkisini destekler niteliktedir (159).

Çalışmamızda beck intihar düşüncesi ölçeği ile bazı sürekli değişkenlerin korelasyon analizi incelendiğinde beck depresyon puanı ve yougn mani puanı ile beck intihar düşüncesi ölçeği arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı orta şiddette pozitif korelasyon bulundu. Yapılan çoklu lineer regresyon analizinde beck depresyon puanı anlamlılığını sürdürmüştür. Literatürde birçok çalışmada karma özellikli depresif özelliklerin varlığı intihar davranışı ile ilişkili saptanmıştır ve çalışmamızdaki bu bulgularımızla uyumludur (5, 160, 161).

Çalışmamızda ADI toplam puanı ve ADI fiziksel, bilişsel, sosyal alt boyutları beck intihar düşüncesi ölçeği ile anlamlı korelasyon göstermiştir. Ayrıca ADI toplam puanı çoklu lineer regresyon analizinde intihar düşüncesi ile olan anlamlılığını sürdürmüştür. 2012 yılında Capron ve arkadaşlarının literatürdeki bu konu üzerine olan çalışmasında bilişsel ve total anksiyete duyarlılığı puanlarının intihar düşüncesiyle anlamlı ilişkisi olduğu, fiziksel endişeler ve sosyal endişeler alt boyutlarının ise intihar düşüncesi ile anlamlı korelasyon göstermediği belirtilmiştir (15). Bizim çalışmamızda ise fiziksel ve sosyal endişeler alt ölçek puanları da intihar düşüncesiyle anlamlı korelasyon göstermiştir ve literatürdeki bu çalışmanın bulgusuyla uyumlu değildir. Literatürde anksiyete duyarlılığı fiziksel ve sosyal endişeler alt boyutlarının intihar düşüncesiyle anlamlı korelasyon gösterdiğini belirten çalışmalar da mevcuttur (148). Ayrıca başka bir çalışmada anksiyete duyarlılığı fiziksel alt boyutu ile intihar düşüncesi arasında ters ilişki olduğu da saptanmıştır (162). Çalışmamızda ADI sosyal endişeler alt boyutunun intihar düşüncesiyle anlamlı pozitif korelasyon göstermesi, bizim çalışmamızdaki hasta popülasyonunun yalnızca bipolar bozukluk hastalarını içermesi ve bipolar bozukluk

hastalarındaki rekabetçi sosyal algılayışın daha fazla olması nedenli olabilir. Bu hastalardaki aidiyet duygusunun azalması (yalnızlık, karşılıklı ilgi eksikliği) ve algılanan yük (sorumluluk, kendinden nefret etme) deneyimlemelerinin artmış olması “Kişilerarası İntihar Kuramı”na uygun olarak intihar düşüncesini arttırmış olabilir (163). Çalışmamızda anksiyete duyarlılığı fiziksel endişeler alt boyutu ile intihar düşüncesi arasında da pozitif korelasyon saptanmış olup, fiziksel endişeler alt boyutu ile intihar girişimleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kişinin ölüm korkusunun azalması ve fiziksel acıya toleransının artmasıyla ilişkili olarak intihar edebilirliğinin geliştiği literatürde belirtilmiştir (164). Anksiyete duyarlılığı fiziksel alt boyutu yüksek olan hastalardaki ölüm korkusunun daha fazla ve fiziksel acıya toleransın daha düşük olması, bu hastalarda intihar düşüncesi fazla olsa dahi, intihar edebilirliği azaltarak intihar girişimlerini azaltmış olabilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

BB hastalarında sıklıkla eşlik eden anksiyete belirtileri ve sendromlarının ayrı hastalıkların eşlik etmesinden ziyade BB fenotipinin bir parçası olabileceği belirtilmiştir. Literatürde bipolar bozukluk ve ayrılma anksiyetesi ile ilgili çalışmalar sınırlı olmakla birlikte ayrılma anksiyetesinin bipolar bozuklukta sık görülen bir özellik olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda da yetişkin ayrılma anksiyetesi gruplarda yüksek saptanmıştır ve bu hastalardaki anksiyete fenomeninin önemli bir parçası olabilir. Bipolar bozuklukta anksiyetenin bu hastalardaki intihar davranışı ile ilişkili olduğu bilinmektedir.

Çalışmamızda lojistik regresyon analizinde yetişkin ayrılma anksiyetesi ve sürekli anksiyetenin intihar girişimiyle olan ilişkisi anlamlılığını korurken, anksiyete duyarlılığı anlamlılığını kaybetmiştir. Yetişkin ayrılma anksiyetesi ve sürekli anksiyete özellikleri, anksiyete duyarlılığına göre bipolar bozukluk hastalarındaki intihar davranışı ile daha kuvvetli bir ilişki göstermektedir. Bipolar bozukluk hastalarında ayrılma anksiyetesi sıklıkla gözden kaçabilmektedir ve bu hastalardaki ayrılma anksiyetesine yönelik semptomların da sorgulanması hastalardaki klinik seyir ve intihar fenomeni açısından önemli durmaktadır ve bu konuda ileri araştırmaların yapılmasını önermekteyiz.

Çalışmamızda anksiyete duyarlılığının ise intihar düşüncesi ile daha anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır ve BB’de ADI fiziksel, bilişsel ve sosyal alt boyutlarının her birinin intihar düşüncesi ile pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır.

Çalışmamızda lojistik regresyon analizinde anksiyöz mizaç özelliğinin intihar girişimi ile olan ilişkisi anlamlılığını korurken, depresif, siklotimik ve irritabl mizaç özellikleri anlamlılığını kaybetmiştir. Anksiyöz mizaç özelliği diğer mizaç özelliklerine göre bipolar bozukluk hastalarındaki intihar davranışı ile daha kuvvetli bir ilişki gösteriyor olabilir.

6. KISITLILIKLAR

Çalışmanın örnekleminin görece az sayıda kişiden oluşması ve sadece kendi birimimize başvuran kişilerden oluşması nedeniyle sonuçların bütün BB tanılı hastalara genellenemeyeceği düşünülmüştür. Çalışmada sağlıklı kontrol grubu bulunmamaktadır ve bu nedenle hasta grupları ile karşılaştırma yapılamamıştır. Kişilik bozuklukları ek tanılarına sahip olmanın ve dürtüselliğin artmış intihar riski ile ilişkili olduğu saptanmış olup, çalışmamızda bu özelliklerin incelenmemesi de çalışmamızdaki kısıtlılıklardandır. Hastaların klinik özellikleri ile ilgili verileri kendilerinden, tıbbi dosyalarından ve yakınlarından edinilen bilgilerle oluşturulmuştur. İntihar geçmişine ve klinik özelliklere dair bazı verilerin geriye dönük elde edilmesi ya da tıbbi dosyalarında eksiklik olma ihtimalleri hafıza faktöründen etkilenmiş olabilir. Çalışmamızda hastalardaki geçmiş intihar girişimi sayısı ve çocukluk çağı ayrılma anksiyetesi özelliklerinin incelenmemiş olması çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Ayrıca çalışmamızdaki hastaların bipolar bozukluk tipleri ve hastalık dönemlerine göre ayrıca incelenmemiş olması bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir.

7. ÖZET

İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜ OLAN VE OLMAYAN BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ, ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE MIZAÇ ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

AMAÇ: BB'de anksiyete bozukluğu ek tanısının intihar riski ile ilişkili olduğu ve intihar girişimi riskini arttırdığı bildirilmiştir. Özellikle hafif şiddetteki olgular başta olmak üzere, BB hastalarında anksiyete semptom ve sendromları sıklıkla gözden kaçmaktadır. Bu nedenle, bazı araştırmacılar tanısız görüşmelerin yanı sıra BB ve anksiyete birlikteliğine işaret edebilecek klinik ve psikolojik değişkenleri saptamaya çalışmışlardır. Bizim bu çalışmamızdaki amacımız intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan BB olgularında anksiyete duyarlılığı, yetişkin ayrılma anksiyetesi ve mizaç özelliklerini karşılaştırmak ve bu özelliklerin birbiri ile olan ilişkisini incelemektir.

METOD: Çalışmaya Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde ve/veya yataklı servisinde BB tanısı ile izlenen, çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan 98 hasta dahil edilmiştir. Hastalar hayatlarında en az bir kez intihar girişiminde bulunanlar ve bulunmayanlar olarak iki gruba ayrılmıştır. Tüm katılımcıların sosyodemografik verileri ayrıntılı olarak alınmış ve klinisyen tarafından Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Beck İntihar Niyeti Ölçeği uygulanmıştır. Ayrıca katılımcılara kendileri tarafından dolduracakları Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-1 ve 2), Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADI-3), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve TEMPS-A ölçekleri uygulanmıştır.

BULGULAR: Çalışmamızda intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan BB olguları karşılaştırıldığında; yetişkin ayrılma anksiyetesi anketi puanı, anksiyete duyarlılığı bilişsel, sosyal alt boyutu ve toplam puanı, depresif, anksiyöz, irritabl ve siklotimik mizaç puanları intihar girişimi öyküsü bulunan grupta anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. İntihar girişimi öyküsü bulunmasıyla anlamlı ilişkisi bulunan değişkenler arasında yapılan lojistik regresyon analizinde, yetişkin ayrılma

anksiyetesi ve anksiyöz mizacın intihar girişimi öyküsüyle ilişkisi olduğu saptanmıştır.

SONUÇ: İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan BB olgularında anksiyete duyarlılığı, yetişkin ayrılma anksiyetesi ve mizaç özelliklerini araştırdığımız çalışmamız, bilgilerimize göre daha önce yapılmamıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre BB tanılı hastalarda yetişkin ayrılma anksiyetesi ve anksiyöz mizaç özelliklerinin geçmişteki intihar girişimleriyle ilişkili olduğu, anksiyete duyarlılığının ise intihar düşüncesi ile daha anlamlı ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Ayrıca BB olgularında, ADI fiziksel, bilişsel ve sosyal alt boyutlarının her birinin intihar düşüncesi ile pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır.

ANAHTAR KELİMELE: Bipolar Bozukluk, yetişkin ayrılma anksiyetesi, anksiyete duyarlılığı, mizaç

8. ABSTRACT

EVALUATION OF ADULT SEPARATION ANXIETY, ANXIETY SENSITIVITY AND TEMPERATURE FEATURES IN BIPOLAR DISORDER PATIENTS WITH AND WITHOUT SUICIDE ATTEMPT HISTORY

OBJECTIVE: It has been reported that co-diagnosis of anxiety disorder in BD is associated with suicide risk and increases the risk of suicide attempt. Anxiety symptoms and syndromes are often overlooked in BD patients, especially in mild cases. For this reason, some researchers have tried to identify clinical and psychological variables that may indicate the association of BD and anxiety, as well as diagnostic interviews. Our aim in this study is to compare anxiety sensitivity, adult separation anxiety and temperament features in BD cases with and without suicide attempt history, and to examine the relationship between these features.

METHOD: The study included 98 patients who were diagnosed with bipolar disorder in Aydın Adnan Menderes University Hospital Psychiatry Department outpatient clinic or inpatient service, met the inclusion criteria to study. The patients were divided into two groups as those who have attempted suicide at least once in their lives and those who have not. Sociodemographic data of all participants were taken in detail and SCID-I, YMDÖ, Beck Suicidal Intent Scale were applied by the clinician. In addition STAI-1 and 2, Adult Separation Anxiety Questionnaire, Anxiety Sensitivity Index-3 (ADI-3), Beck Depression Inventory and TEMPS-A administered to the participants to be filled in by themselves.

RESULTS: In our study, when BD cases with and without suicide attempt history were compared; Adult separation anxiety questionnaire score, anxiety sensitivity cognitive, social subfactors and total scores, depressive, anxious, irritable and cyclothymic temperament scores were found to be significantly higher in the group with suicide attempt history. In the logistic regression analysis performed among the variables that were meaningfully relationship with the suicide attempt history, it was found that adult separation anxiety and anxious temperament were associated with a history of suicide attempt.

CONCLUSION: Our study, in which we investigated anxiety sensitivity, adult separation anxiety and temperament features in BD cases with and without suicide attempt history, has not been conducted before, according to our knowledge. According to the results of the study, it was shown that adult separation anxiety and anxious temperament features were associated with suicide attempt history, while anxiety sensitivity was more significantly associated with suicidal ideation in patients with BD. In addition, in BD cases, each of the physical, cognitive and social subfactors of ADI was found to be positively correlated with suicidal ideation.

KEYWORDS: Bipolar Disorder, adult separation anxiety, anxiety sensitivity, temperament



9. KAYNAKLAR

1. Smith, D. J., Whitham, E. A., & Ghaemi, S. N. (2012). Bipolar disorder. *Handb Clin Neurol*, 106, 251-263
2. Kemal M, Tıp Ü, Yeloğlu ÇH, Hocaoglu Ç. DERLEME/REVIEW ÖNEMLİ BİR RUH SAĞLIĞI SORUNU: BİPOLAR BOZUKLUK An Important Mental Health Problem: “Bipolar Disorder”. *Derg.* 2017;8(30):41–54
3. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2016 Apr 9;387(10027):1561–72.
4. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression, 2nd Edition. 2 edition. New York, N.Y: Oxford University Press; 2007. 1262 s.
5. Dome P, Rihmer Z, Gonda X. Suicide risk in bipolar disorder: A brief review. *Medicina (Lithuania)*. 2019
6. Vázquez GH, Baldessarini RJ, Tondo L. Co-occurrence of anxiety and bipolar disorders: clinical and therapeutic overview. *Depress Anxiety*. 2014 Mar;31(3):196-206. doi: 10.1002/da.22248. PMID: 24610817.
7. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE Jr, Frye MA, Denicoff KD, Nolen WA, Kupka RW, Leverich GS, Rochussen JR, Rush AJ, Post RM. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*
8. Cazard F, Ferreri F. Bipolar disorders and comorbid anxiety: prognostic impact and therapeutic challenges. *Encephale* 2013; 39:66-74.
9. HPavlova B, Perlis RH, Alda M, Uher R. Lifetime prevalence of anxiety disorders in people with bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. Ağustos 2015;2(8):710
10. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, H Moreno D, Turecki G, Reis C, vd. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2015;17(1):1–16.
11. Sugaya N, Yoshida E, Yasuda S, Tochigi M, Takei K, Otani T, Otowa T, Minato T, Umekage T, Konishi Y, Sakano Y, Chen J, Nomura S, Okazaki Y,

- Kaiya H, Sasaki T, Tanii H. Prevalence of bipolar disorder in panic disorder patients in the Japanese population. *J Affect Disord*. 2013 May;147(1-3):411-5. doi:10.1016/j.jad.2012.10.014.
12. Lilienfeld SO, Turner SM, Jacob RG. Further comments on the nature and measurement of anxiety sensitivity: A reply to Taylor (1995b). *Journal of Anxiety Disorders*. 1996;10:411-424.
 13. Reiss S, McNally R: The expectancy model of fear. In S. Reiss & RR Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy*. London: Academic Press; 1985.
 14. Sandin B, Chorot P, McNally RJ. Anxiety sensitivity index: normative data and its differentiation from trait anxiety. *Behav Res Ther*. 2001;39:213-219.
 15. Capron DW, Fitch K, Medley A, Blagg C, Mallott M, Joiner T. Role of anxiety sensitivity subfactors in suicidal ideation and suicide attempt history. *Depress Anxiety*. 2012 Mar;29(3):195-201. doi: 10.1002/da.20871. Epub 2011 Aug 4. PMID: 21818826.
 16. NAMLI, Zeynep, Aynur Özbay, and Lut Tamam. "Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu: Bir Gözden Geçirme." *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 14.1 (2022): 46-56.
 17. Niederhauser A, Silverman WK. Separation anxiety disorder. *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy*, New York, Springer, 2006.
 18. Pini, S., Abelli, M., Shear, K. M., Cardini, A., Lari, L., Gesi, C., ... Cassano, G. B. (2009). *Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(1), 40–46. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01480.x
 19. Tasdemir A, Tamam L, Keskin N, Evlice YE. Assessment of co-morbidity of adult separation anxiety in patients with bipolar disorder. *Nord J Psychiatry*. 2016;70(2):93-102. doi: 10.3109/08039488.2015.1053098. Epub 2015 Jun 24. PMID: 26107408.
 20. Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders: A critical review. *Archives of general psychiatry*. 1983;40(7):801-10

21. KESEBİR, S., VAHİP, S., AKDENİZ, F. ve YÜNCÜ, Z.(2005), Bipolar bozuklukta mizaç İle klinik özelliklerin ilişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 16(3):164-16
22. Akiskal H, Perugi G, Hantouche E, Haykal R, Manning S, Connor P. The affective temperament scales of Memphis, Pisa, Paris and San Diego: progress towards a self-rated auto-questionnaire version (TEMPS-A). J Affect Disord. 2005;85:3-16.
23. Rihmer Z, Akiskal KK, Rihmer A, Akiskal HS. Current research on affective temperaments. Current Opinion in Psychiatry 2010; 23: 12–18.
24. Rihmer A, Rozsa S, Rihmer Z, et al. Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters. J Affect Disord. 2009; 116:18-22.
25. Krahn GL. WHO World Report on Disability: a review. Disabil Health J 2011; 4: 141–142. In. 4. 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;
26. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. The Lancet Psychiatry. 2016.
27. 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;
28. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015.
29. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan ve Sadock Psikiyatri, Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2016.
30. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times:: conception, birth and rebirth. J Affect Disord. 2001;67(1–3):3–19.
31. Oral T. İki uçlu bozukluk. İstanbul: WPA serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı 2002. No Title.
32. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık 2003. No Title.

33. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı: Yeniden gözden geçirilmiş tam metin. (DSM-4-TR) 4. 4th ed. Köroğlu E., editor. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007. 151–190 p.
34. Amerikan Psikiyatri Birliği. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Köroğlu E, editor. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014. 63–89 p.
35. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, vd. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication.
36. 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;
37. Nivoli, A. M. A. et al. Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. *J. Affect. Disord*. 133, 443–449 (2011)
38. Rowland, T. and S. Marwaha, Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018; 8: 251–69.
39. Carvalho AF, Firth J, Vieta E. Bipolar Disorder. Ropper AH, editor. *N Engl J Med*. 2020 Jul 2;383(1):58–66.
40. Patel, N.C., et al., Phenomenology associated with age at onset in patients with bipolar disorder at their first psychiatric hospitalization. *Bipolar disorders*, 2006. 8: 91-94.
41. ÖZDEMİR, Osman, et al. Family history in patients with bipolar disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, 2016, 53.3: 276.
42. Antypa N, Serretti A. Family history of a mood disorder indicates a more severe bipolar disorder. *J Affect Disord* 2014; 156:178-186.
43. Hayashi A, Le Gal K, Södersten K, Vizlin-Hodzic D, Ågren H, Funa K. Calciumdependent intracellular signal pathways in primary cultured adipocytes and ANK3 gene variation in patients with bipolar disorder and healthy controls. *Mol Psychiatry* [Internet].

44. Szczepankiewicz A. (2013). Evidence for single nucleotide polymorphisms and their association with bipolar disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 1573–1582.
45. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder: successful start to a long journey. *Trends Genet.* 2009;25(2):99–105.
46. McQuade and Young 2000 McQuade R., and Young A.H.: Future therapeutic targets in mood disorders: the glucocorticoid receptor. *Br. J. Psychiatry* 2000; 177: pp. 390-395.
47. Chakrabarti, S., Thyroid functions and bipolar affective disorder. *Journal of thyroid research*, 2011. 2011.
48. Antkiewicz-Michaluk, L., et al., Antidepressant-like effect of tetrahydroisoquinoline amines in the animal model of depressive disorder induced by repeated administration of a low dose of reserpine: behavioral and neurochemical studies in the rat. *Neurotoxicity research*, 2014. 26: 85-98.
49. 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* 2015; 232:3455–67.
50. Janowsky DS, Davis JM, El-Yousef MK, Sekerke HJ. A cholinergic-adrenergic hypothesis of mania and depression. *The Lancet*. 1972 Sep 23;300(7778):632–5.
51. Drevets WC, Frank E, Price JC, Kupfer DJ, Holt D, Greer PJ, et al. PET imaging of serotonin 1A receptor binding in depression. *Biological Psychiatry* 1999;46(10):1375-87
52. Sobczak S, Honig A, Riedel WJ. Acute tryptophan depletion in bipolar disorders; literature review and directives for further research. 2000;12(3):69-72
53. Keener MT, Phillips ML. Neuroimaging in bipolar disorder: a critical review of current findings. *Current psychiatry reports* 2007; 9:512–20.
54. 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. *Hum Brain Mapp.* 2022;43(1).
55. Grunze, A., E. Meisenzahl, and H. Grunze, (Neuroimaging of bipolar disorders). *Fortschr Neurol Psychiatr*, 2013: 17-21.
 56. Vahip S. Bipolar depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2004; 7:41–4.
 57. Soares JC, Mann JJ. The functional neuroanatomy of mood disorders. *Journal of psychiatric research England*, 1997; 31:393–432.
 58. Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR, et al. Bipolar Disord *Nature Rev Dis Primers* 2018;4(1):1-16.
 59. K ro lu, E., C. G le , and S.  enol, *Psikiyatri temel kitabı. 2. baskı. HYB yayın, Ankara, 2007*
 60. Post RM. Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. *Neurosci Biobehav Rev.* 2007;31(6):858–73.
 61. ERTEN, Evrim; UNEY, Aslı Funda Kalkay; FISTIKCI, Nurhan. Bipolar bozukluk ve çocukluk  a ı travması. *Psikiyatride G ncel Yakla ımlar*, 2015, 7.2: 157-165.
 62. Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Arvilommi P, Leppamaki S, Paunio T, Isometsa E. Early age onset of bipolar disorder is associated with more severe clinical features but delayed treatment seeking. *Bipolar Disord* 2007; 9: 698-705.
 63. Bauer M, Pfennig A. Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia* [Internet]. 2005 Jun 6;46:8–13. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1528-1167.2005.463003.x>
 64. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR, vd. Predictors of recurrence in bipolar disorder: Primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* [Internet].  ubat 2006 [kaynak 01 Ocak 2021];163(2):217–24. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16449474/>

65. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry* 2013;70(9):931-9.
66. Angst J. The epidemiology of depressive disorders. *Eur Neuropsychopharmacol.* 1995;5 Suppl(SUPPL. 1):95–8.
67. HARMANCI, Pınar. Dünya'daki ve Türkiye'deki intihar vakalarının sosyodemografik özellikler açısından incelenmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 2015.
68. Wasserman D, Rihmer Z, Rujesku D (2011) The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry* 30:129-41
69. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 1997;
70. Plans, L., Barrot, C., Nieto, E., Rios, J., Schulze, T. G., Papiol, S., . . . Benabarre, A. (2019). Association between completed suicide and bipolar disorder: A systematic review of the literature. *J Affect Disord*, 242, 111-122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.054>
71. Gonda X, Pompili M, Serafini G, Montebovi F, Campi S, Dome P, Duleba T, Girardi P, Rihmer Z. Suicidal behavior in bipolar disorder: epidemiology, characteristics and major risk factors. *J Affect Disord.* 2012 Dec 20;143(1-3):16-26. doi: 10.1016/j.jad.2012.04.041. Epub 2012 Jul 2. PMID: 22763038.
72. Schaffer A, Isometsä ET, Azorin J-M, Cassidy F, Goldstein T, Rihmer Z, vd. A review of factors associated with greater likelihood of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder: Part II of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 01 Kasım 2015;49(11):1006-20.
73. Dutta R, Boydell J, Kennedy N, Van Os J, Fearon P, Murray RM. Suicide and other causes of mortality in bipolar disorder: A longitudinal study. *Psychol Med.* 2007;
74. MANTAR, Atıl; YEMEZ, Beyazıt; ALKIN, T. Anksiyete duyarlılığı ve psikiyatrik bozukluklardaki yeri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011, 22.3: 187-193.

75. Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB. Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Psychol Bull.* 2009 Nov;135(6):974-99. doi: 10.1037/a0017428. PMID: 19883144.
76. Reiss, Steven. "Expectancy model of fear, anxiety, and panic." *Clinical psychology review* 11.2 (1991): 141-153.
77. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther.* 1986;24(1):1-8.
78. Watt MC, Gallagher CE, Couture ME, Wells R, MacLean K. Anxiety Sensitivity Mediates Relations Between Attachment and Aggression Differently by Gender. *J Interpers Violence.* 2020;35(1-2):364-383
79. Simon, Naomi M., et al. "Panic disorder and bipolar disorder: anxiety sensitivity as a potential mediator of panic during manic states." *Journal of Affective Disorders* 87.1 (2005): 101-105.
80. Demirkol, Mehmet Emin, et al. "Bipolar bozuklukta anksiyete duyarlılığı, algılanan stres ve dürtüsel davranışlar ilişkisi." *Klinik Psikiyatri Dergisi* 23.3 (2020): 302-312.
81. Silove D, Marnane C. Overlap of symptom domains of separation anxiety disorder in adulthood with panic disorder-agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders* 2013; 27(1):92-7.
82. Atlı O, Bayın M, Alkın T. Hypersensitivity to 35% carbon dioxide in patients with adult separation anxiety disorder. *J Affect Disord.* 2012 Dec 10;141(2-3):315-23. doi: 10.1016/j.jad.2012.03.032. Epub 2012 Apr 28. PMID: 22542862.
83. Bowlby J (1973) Attachment and Loss: Volume II: Separation, Anxiety and Anger. New York, Basic Books.
84. Freud S. Psikanaliz üzerine 7. Baskı (çeviri AA. Öneş). İstanbul: Say Yayınları; 1994 (Orijinal çalışma basım tarihi 1910).
85. Steele, H., & Steele, M. (2001). Attachment and Psychoanalysis: Time for a Reunion. *Social Development*, 7(1), 92–119. doi:10.1111/1467-9507.00053
86. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam* 2006;19(1):24–39.
87. Klein, M. (2018). Haset ve Şükran. İstanbul: Metis.

88. Klein, M. (1994). Mourning and its relation to manic-depressive state. In *Essential Papers on Object Loss*, ed. Rita V. Frankiel (pp. 95-122). New York ve London: New York University Press.
- Knowles, R., Tai, S., Jones, S. H., Highfield, J., Morris, R., & Bentall, R. P. (2007). Stability of self-esteem in bipolar disorder: comparisons among remitted bipolar patients, remitted unipolar patients and healthy controls. *Bipolar Disorders*, 9, 490-495.
89. Broadwin, I. T. (1932). *A contribution to the study of truancy. American Journal of Orthopsychiatry*, 2(3), 253–259. doi:10.1111/j.1939-0025.1932.tb05183.x
90. Manicavasagar, V. and D. Silove, Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1997. 31(2): p. 299-303
91. Cyranowski JM, Shear MK, Rucci P, Fagiolini A, Frank E, Grochocinski VJ, et al. Adult separation anxiety: Psychometric properties of a new structured clinical interview. *J Psychiatr Res*. 2002;36(2):77–86.
92. Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. 2006, 163(6): 1074-83.
93. Silove D, Ph D, Alonso J, Ph D, Bromet E, Ph D, et al. Across Countries in the World Mental Health Survey. 2016;172(7):647–56.
94. Pini S, Abelli M, Mauri M et al. Clinical correlates and significance of separation anxiety in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2005;7:370–376.
95. Weinfield NS, Ogawa JR, Sroufe LA (1997) Early attachment as a pathway to adolescent peer competence. *J Res Adolesc*, 7:241–265
96. Manassis K, Bradley S, Goldberg S, Hood J, Swinson RP. Attachment in Mothers with Anxiety Disorders and Their Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1106–113.
97. Başbuğ, Sezin, Gizem Cesur, and A. Durak-Batıgün. "Algılanan ebeveynlik biçimi ve yetişkin ayrılma anksiyetesi: kişilerarası bilişsel çarpıtmaların aracı rolü." *Türk Psikiyatri Dergisi* 27 (2016): 1-13.

98. Manicavasagar V, Silove D, Marnane C, Wagner R (2009) Adult attachment styles in panic disorder with and without comorbid adult separation anxiety disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, 43:167–172
99. Kökçü F, Kesebir S. İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi: kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21:309-318
100. Morriss RK, van der Guht E, Lancaster G, Bentan RP. Adult attachment in bipolar 1 disorder. *Psychol Psychother* 2009; 82:267-277
101. Bosch OJ, Young LJ. Oxytocin and Social Relationships: From Attachment to Bond Disruption. *Current topics in behavioral neurosciences* 2018; 35:97–117.
102. Say G, Müjdeci M. Oksitosin ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry* 2016; 8:102.
103. Quirin M, Pruessner JC, Kuhl J (2008) HPA system regulation and adult attachment anxiety: Individual differences in reactive and awakening cortisol. *Psychoneuroendocrinology*, 33:581–590.
104. Gottschalk MG, Domschke K. Oxytocin and Anxiety Disorders. *Curr Top Behav Neurosci*. 2018;35:467-498. doi: 10.1007/7854_2017_25. PMID: 28812274.
105. Ehringer MA, Rhee SH, Young S, Corley R, Hewitt JK (2006) Genetic and environmental contributions to common psychopathologies of childhood and adolescence: A study of twins and their Siblings. *J Abnorm Child Psychol*, 34:1–17.
106. Silove DM, Marnane CL, Wagner R, Manicavasagar VL ve ark. The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 10-21.
107. Silove D, Slade T, Marnane C, Wagner R ve ark. Separation anxiety in adulthood: dimensional or categorical? *Comprehensive Psychiatry*. 2007; 48(6):546-53.
108. Manicavasaga V, Silove D, Curtis J (1997) Separation anxiety in adulthood: A phenomenological investigation. *Compr Psychiatry*, 38:274–282

109. Cartwright-Hatton S, McNicol K, Doubleday E (2006) Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clin Psychol Rev*, 26:817–833.
110. FOUNTOULAKIS, K. N., GONDA X., KOUFAKİ, L., HYPHANTIS, T. ve CLONINGER, C. R.(2016), The Role of Temperament in the Etiopathogenesis of Bipolar Spectrum Illness, *Harv Rev Psychiatry*, 24(1):36-52
111. Hantouche EG, Akiskal HS. Tools for clinical evaluation of affective temperaments. *Encephale* 1997 Jan; 23 Spec No 1: 27-34.
112. Henry C, Lacoste J, Belliver F, et al. Temperament in bipolar illness: impact on prognosis. *J Affect Disord*. 1999, 56: 103-108.
113. Akiskal HS (2003) Validating hard and soft phenotypes within the bipolar spectrum: continuity or discontinuity? *J Affect Disord*, 73: 1-5
114. Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: "dark" and "sunny" expressions of soft bipolarity. *J Affect Disord* 2003 Jan; 73(1-2): 49- 57.
115. PERUGİ, G., TONİ, C., MAREMMANİ, I., TUSİNİ, G., RAMACCIOTİ, S., MADİA, A. et al.(2012). The influence of affective temperaments and psychopathological traits on the definition of bipolar disorder subtypes: a study on bipolar I Italian national sample. *J Affect Disord*, 136(1-2): e41-e49
116. Morishita C, Kameyama R, Toda H, Masuya J, Fujimura Y, Higashi S, et al. TEMPS-A (short version) plays a supplementary role in the differential diagnosis between major depressive disorder and bipolar disorder. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*,2021,. 75(5), 166–171.
117. Akbaş S, Kesebir S, Böke Ö. ve ark. Hastaneye başvurusu özkıyım girişimiyle olan ve olmayan majör depresif bozukluklu ergenlerin ve annelerinin mizaç özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010; 11:9-17
118. Gülcü Ok, Nadide Elmas. "Panik bozukluğuna eşlik eden yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunda bağlanma biçimleri, mizaç, çocukluk travmaları ve erken yaşam olayları." (2016).

119. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSMIV clinical version (SCID-I/CV). New York: Biometrics Research Department: New York State Psychiatric Institute; 1997.
120. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi. 1999;12(4):233–6.
121. Skapinakis P. Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. In: Michalos AC, editor. Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. p. 6261–4. Available from: https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2825
122. Oner N, le Compte A. Durumluk Surekli Kaygı Envanteri El Kitabı (State Trait Anxiety Inventory Handbook). Istanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. 1983;
123. Mantar A, Yemez B, Alkın T. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması.
124. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry. 1978;133(11):429–35.
125. Karadağ F, Oral E, Aran Yalçın F, Erten E. Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001;13(2):107–14.
126. BECK AT. An Inventory for Measuring Depression. Arch Gen Psychiatry. 1961 Jun 1;4(6):561.
127. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin gecerliligi uzerine bit calisma (A study on the validity of Beck Depression Inventory.). Psikoloji Dergisi. 1988;6:118–22.
128. Manicavasagar, V., et al. “A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood.” Comprehensive Psychiatry 44.2 (2003): 146-153.
129. Diriöz, Meliha, et al. “Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri ile Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği” Turk Psikiyatri Dergisi 23.2 (2012): 108-116.

130. Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*, 47(2), 343-352. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.47.2.343>
131. Ozcelik, H. S., Özdel, K., Dogan Bulut, S., & Orsel, S. (2015). The reliability and validity of the Turkish Version of the Beck Scale for Suicide Ideation (Turkish BSSI). *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 25(2), 141-150.
132. Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazıcı O, Akiskal K, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord* 2005; 85: 113-125.
133. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Suicide in bipolar disorder: a review. *Psychiatr Danub*. 2014; 26(2): 108-14
134. Hocaoglu, Ç. 2013 ‘ İki Uçlu Bozukluk ve İntihar Davranışı’, *Journal of Mood Disorders (Suppl. 1)* s.s:20-S22
135. Galfalvy H, Oquendo MA, Carballo JJ, Sher L, Grunebaum MF, Burke A, et al. Clinical predictors of suicidal acts after major depression in bipolar disorder: a prospective study. *Bipolar Disord*. 2006;8(5 II):586–95.
136. Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KM, et al. Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord*. 2000;59(2):107–17.
137. Miller JN, Black DW. Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2020 Jan 18;22(2):6. doi: 10.1007/s11920-020-1130-0. PMID: 31955273.
138. Bellivier F, Yon L, Luquiens A, Azorin JM, Bertsch J, Gerard S, et al. Suicidal attempts in bipolar disorder: Results from an observational study (EMBLEM). *Bipolar Disord*. 2011
139. Rosso G, Albert U, Bramante S, Aragno E, Quarato F, Di Salvo G, et al. Correlates of violent suicide attempts in patients with bipolar disorder. *Compr Psychiatry [Internet]*. 2020 73 Jan;96:152136.
140. Altamura, A.C., Dell’Osso, B., Berlin, H.A., Buoli, M., Bassetti, R., Mundo, E., 2011. Duration of untreated illness and suicide in bipolar disorder: a naturalistic study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 260, 385–391

141. Marangell LB, Bauer MS, Dennehy EB, et al. Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1556 patients with bipolar disorder followed for up 2 years. *Bipolar Disord*. 2006;8:566-75.
142. Valtonen HM, Suominen K, Mantere O, et al. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2006;8:576-85
143. Pompili, M., Rihmer, Z., Akiskal, H.S., Innamorati, M., Iliceto, P., Akiskal, K.K., Lested, D., Narciso, V., Ferracuti, S., Tatrelli, R., De Pisa, E., Girardi, P., 2008. Temperament and personality dimensions in suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Psychopathology* 41, 313–321.
144. Pompili M, Innamorati M, Rihmer Z, Gonda X, Serafini G, Akiskal H, Amore M, Niolu C, Sher L, Tatarelli R, Perugi G, Girardi P. Cyclothymic-depressive-anxious temperament pattern is related to suicide risk in 346 patients with major mood disorders. *J Affect Disord*. 2012 Feb;136(3):405-11. doi: 10.1016/j.jad.2011.11.011. Epub 2011 Dec 16. PMID: 22177743.
145. Tanabe S, Terao T, Shiotsuki I, Kanehisa M, Ishii K, Shigemitsu O, Fujiki M, Hoaki N. Anxious temperament as a risk factor of suicide attempt. *Compr Psychiatry*. 2016 Jul;68:72-7. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.04.001. Epub 2016 Apr 7. PMID: 27234186.
146. Luciano M, Steardo L Jr, Sampogna G, Caivano V, Ciampi C, Del Vecchio V, Di Cerbo A, Giallonardo V, Zinno F, De Fazio P, Fiorillo A. Affective Temperaments and Illness Severity in Patients with Bipolar Disorder. *Medicina (Kaunas)*. 2021 Jan 9;57(1):54. doi: 10.3390/medicina57010054. PMID: 33435391; PMCID: PMC7826695.
147. Baldassano CF. Illness course, comorbidity, gender and suicidality in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67:8-11.
148. Stanley IH, Boffa JW, Rogers ML, Hom MA, Albanese BJ, Chu C, Capron DW, Schmidt NB, Joiner TE. Anxiety sensitivity and suicidal ideation/suicide risk: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2018 Nov;86(11):946-960. doi: 10.1037/ccp0000342. PMID: 30335426; PMCID: PMC6469498.

149. Gilbert P, Basran JK, Raven J, Gilbert H, Petrocchi N, Cheli S, Rayner A, Hayes A, Lucre K, Minou P, Giles D, Byrne F, Newton E, McEwan K. Compassion Focused Group Therapy for People With a Diagnosis of Bipolar Affective Disorder: A Feasibility Study. *Front Psychol.* 2022 Jul 20;13:841932. doi: 10.3389/fpsyg.2022.841932. PMID: 35936292; PMCID: PMC9347420.
150. Johnson S. L., Carver C. S. (2006). Extreme goal setting and vulnerability to mania among undiagnosed young adults. *Cogn. Ther. Res.* 30 377–395. 10.1007/s10608-006-9044-7
151. Hendin H, Maltsberger JT, Lipschitz A, Pollinger-Haas A, Kyle J. Recognizing and responding to a suicide crisis. *Suicide Life Threat Behav* 2001;932:169–187.
152. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev.* 2006 Oct;26(6):695-718. doi: 10.1016/j.cpr.2006.04.002. Epub 2006 Jun 19. PMID: 16952717.
153. McClelland H, Evans JJ, Nowland R, Ferguson E, O'Connor RC. Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Affect Disord.* 2020 Sep 1;274:880-896. doi: 10.1016/j.jad.2020.05.004. Epub 2020 May 22. PMID: 32664029.
154. Kocabaş, D. O. Bipolar Bozukluk İle Anksiyete Bozuklukları Arasındaki İlişkinin Saptanması.
155. Miniati M, Callari A, Pini S. Adult Attachment Style and Suicidality. *Psychiatr Danub.* Eylül 2017;29(3):250-9.
156. Manicavasagar V, Silove D, Wagner R. Parental representations associated with adult separation anxiety and panic disorder agoraphobia. *Aust NZJ Psychiatry* 33(3): 422-8, 1999
157. Karaytuğ, Mahmut Onur, et al. "Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Yetişkin Ayrılma Anksiyete Bozukluğu ve İntihar Arasındaki İlişki."
158. Uğur, K., & Tamam, L. (2019). Bipolar bozuklukta özk. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 1

159. Parris MS, Grunebaum MF, Galfalvy HC, Andronikashvili A, Burke AK, Yin H, Min E, Huang Y, Mann JJ. Attempted suicide and oxytocin-related gene polymorphisms. *Journal of Affective Disorders* 2018; 238:62–8.
160. Balazs, J., Benazzi, F., Rihmer, Z., Rihmer, A., Akiskal, K.K., Akiskal, H.S., 2006. The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: implications for suicide prevention. *Journal of Affective Disorder* 91, 133–138.
161. Valtonen, H.M., Suominen, K., Haukka, J., Mantere, O., Leppamaki, S., Arvilommi, P., Isometsa, E.T., 2008a. Differences in incidence of suicide attempts during phases of bipolar I and II disorders. *Bipolar disorder* 10, 588–596.
162. Bilgiç A, Yilmaz S, Hergüner S. The impact of anxiety sensitivity on suicidality in adolescents with major depressive disorder. *Psychiatr Danub.* 2017 Dec;29(4):473-479. doi: 10.24869/psyd.2017.473. PMID: 29197205.
163. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, & Joiner TE Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 575–600. 10.1037/a0018697
164. Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., ... ve Michaels, M. S. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1313–1345. doi:10.1037/bul0000123

10. EKLER

Ek 1.SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

SOSYODEMOGRAFİK ve KLİNİK VERİ FORMU

Tarih:

- 1) Adı Soyadı: _____
- 2) Cinsiyeti: 1.Erkek 2.Kadın
- 3) Yaşı: _____
- 4) Medeni durum: 1.Bekar 2.Evli 3.Dul 4.Boşanmış 5.Ayrı yaşıyor
- 5) Çocuk sayısı: _____
- 6) Toplam öğrenim yılı: _____
- 7) Çalışma durumu: 1.Çalışıyor 2.İşsiz 3.Ev hanımı 4.Emekli 5.Öğrenci
- 8) Yetiştigi çevre: 1.Şehir 2.Kırsal
- 9) Yaşadığı kişiler (son 10 yıl ve çoğunlukla): 1.Eş/çocuklar 2.Anne/baba/kardeşler
3.Arkadaşlar 4.Yalnız 5.Yurt/kurum
- 10)Sürekli tedavi gerektiren bedensel hastalık: _____
- 11)Sürekli kullanmak zorunda olduğunuz ilaç var mı?
1. Evet (Adı: _____) 2. Hayır
- 12)Nikotin kullanım öyküsü:
a)Yaşam boyu: 1.Şu anda ve daha önce sigara içmedim
2. Şu anda sigara içmiyorum ama daha önce içiyordum
3.Şu anda sigara içiyorum
b)Şu anda var: Sigara _____ (paket/yıl)
- 13)a)Alkol/Madde kullanımı: 1. Var 2. Yok
b)Var ise açıklayınız: _____
- 14)Geçmiş psikiyatrik tanısı _____
- 15)Mevcut psikiyatrik ek tanısı _____

16) a) Birinci derece akrabada psikiyatrik hastalık öyküsü: 1.Var 2.Yok

b) Varsa kimde ve hastalığın adı: _____

17) a) Bipolar bozukluk başlangıç yaşı: _____

b) Bipolar bozukluk süresi (yıl): _____

c) Bipolar bozukluk atak sayısı ve sıklığı: _____

18) a) Bipolar bozukluk ilk tedavi yaşı: _____

b) Bipolar bozukluk tedavi süresi (yıl) : _____

c) Hastalık belirtileri başladıktan sonra tedaviye kadar geçen süre (ay): _____

21) a) Şu anda tedavi alıyor 1. Evet 2. Hayır

b) Tedavi alıyorsa ne kadar süredir tedavi almakta _____

c) İlaçlar: _____

EK 2. DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ (STAI-1 VE 2)

STAI FORM TX – I

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:.....

Tarih:...../...../.....

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

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

STAI FORM TX – 2

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

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

EK 3. ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3 (ADI-3)

ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3 (ADI-3)

Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içerisine alınız. Eğer her hangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (örn: toplum içinde bayılmak), böyle bir deneyimi yaşamanız halinde nasıl hissedebileceğinizi temel alarak cevaplayınız. Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız. Her madde için sadece bir sayıyı daire içerisine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

	Çok Az	Az	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Sinirli görünmemek benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
2. Kafamı bir işe veremediğim zaman, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
3. Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	0	1	2	3	4
4. Midem rahatsız olduğunda, ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
5. Zihnimi bir işe verememek beni korkutur.	0	1	2	3	4
6. Başkalarının yanında titrediğimde, insanların benim için neler düşüneceğinden korkarım.	0	1	2	3	4
7. Göğsüm sıkıştığımda, düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım.	0	1	2	3	4
8. Göğsümde ağrı hissettiğimde, kalp krizi geçireceğim diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
9. Diğer insanlar huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
10. Kendimi tuhaf ya da boşlukta gibi hissettiğimde, ruhsal bir hastalığım olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
11. İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur.	0	1	2	3	4
12. Kalbimin teklediğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
13. Topluluk önünde terlemeye başladığımda, insanların hakkımda olumsuz düşüncelerinden korkarım.	0	1	2	3	4
14. Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
15. Boğazım sıkılmış gibi hissettiğimde, boğularak öleceğimden endişelenirim.	0	1	2	3	4
16. Net (berrak biçimde) düşünmekte zorluk çekersem, bende bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
17. Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
18. Zihnimde boşluk hissettiğimde, bende korkunç bir sorun olmasından endişelenirim.	0	1	2	3	4

EK 4. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsanım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişte baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf tarafımlar olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliyordum ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancılar, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seксе ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpını sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın bazıları cezalandırılabilirliğini düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK 5. YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ANKETİ (YAAA)

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi

YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ANKETİ

Aşağıdaki sorular bir yetişkin (18 yaş üzeri) olarak yaşamış olabileceğiniz bazı belirtilere yöneliktir. Lütfen bu belirtileri yaşıyıp yaşamadığınıza göre sorunun karşısındaki uygun yeri işaretleyiniz.

Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

	Çok sıklıkla	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
1. Size yakın olan kişilerle birlikte evinizdeyken kendinizi daha güvende hissettiniz mi?				
2. Evinizden saatlerce uzak kalmakta zorluk çektiniz mi?				
3. Çantanızda veya cüzdanınızda size güven ya da huzur veren bir şeyler taşıyor musunuz?				
4. Uzun bir yolculuğa çıkmak üzere evden ayrılmadan önce aşırı stres yaşıyor musunuz?				
5. Size yakın olan birinden ayrılmakla ilgili kabuslar ya da rüyalar gördüğünüz oldu mu?				
6. Bir yolculuğa çıkmanızdan önce size yakın olan birinden ayrılmakla ilgili aşırı stres yaşıyor musunuz?				
7. Günlük işleriniz aksadığında çok huzursuz oluyorsunuz mu?				
8. Size en yakın kişilerle olan ilişkilerinizin yoğunluğu konusunda endişelendiniz mi? Örneğin çok aşırı bağlı olmanızdan dolayı.				
9. İşiniz veya diğer düzenli ev dışı uğraşlarınız için evinizden ayrılmadan önce baş ağrısı, mide ağrısı ya da bulantı gibi (veya başka) belirtiler oldu mu?				
10. İnsanları yakınızdaki tutmak için çok fazla konuştuğunuzu fark ettiğiniz oldu mu?				
11. Size yakın kişilerden ayrıldığınızda (örneğin işe gitmek ya da evden dışarıya çıkmak için), özellikle onların nerede oldukları konusunda endişelendiniz mi?				
12. Gece tek başınıza uyumakta güçlük çekiyor musunuz? Örneğin bir yakınızdaki evdeyse daha iyi uyuyor musunuz?				
13. Size yakın olan kişilerin seslerini işitebiliyor ya da televizyonun veya radyonun sesini duyuyorsanız daha kolay uyuduğunuzu fark ettiniz mi?				
14. Size yakın olan kişilerden uzak kaldığınızda düşündüğünüzde çok sıkıntı yaşıyor musunuz?				
15. Evinizden uzakta olmayla ilgili kabuslar ya da rüyalar gördünüz mü?				

16. Yakınlarınızın ciddi bir zarar görebileceği hakkında çok fazla endişelenir misiniz? Örneğin, bir trafik kazası geçirmeleri veya ölümcül bir hastalığa yakalanmaları gibi.				
17. Günlük olağan işlerinizi yaparken, size yakın olan kişilerle bağlantı kurmanızı engelleyecek değişimlerin olması sizi çok huzursuz eder mi?				
18. Önemsediğiniz insanların sizi terk edeceği konusunda çok fazla endişelenir misiniz?				
19. Hiç, evde ya da yatak odasında ışıklar açıkken daha iyi uyuduğunuzu fark ettiniz mi?				
20. Özellikle size yakın kişiler evde değilse, evde tek başınıza kalmaktan kaçınmaya çalışır mısınız?				
21. Size yakın olanlardan ayrıldığınızı ya da onların sizi terk ettiğini düşündüğünüzde, aniden gelen sıkıntı nöbetleri ya da panik ataklarınız (örneğin, aniden titreme, terleme, çarpıntı, nefes darlığı gibi) oldu mu?				
22. Size yakın olan kişilerle düzenli olarak (örneğin her gün) telefon görüşmeleri yapmadığınızda sıkıntı yaşadığınızı fark ettiniz mi?				
23. Önemsediğiniz birisi sizi terk ettiğinde, bu durumla başa çıkamayacağınızdan ya da onusuz yapamayacağınızdan korktunuz mu?				
24. Size yakın olan kişilerden ayrıldığınızda aniden gelen sıkıntı nöbetleri ya da panik ataklarınız (örneğin ani titreme, terleme, çarpıntı, nefes darlığı gibi) oldu mu?				
25. Sizi, yakın olduğunuz birilerinden ayırabilecek muhtemel olaylarla hakkında çok fazla endişelenir misiniz? Örneğin, işle ilgili gereklilikler gibi.				
26. Hiç, size yakın olan kişiler "çok fazla konuştuğunuzu" söylediler mi?				
27. Bazı insanlarla olan ilişkilerinizin, onlar için sorunlar oluşturacak kadar yakın olduğu konusunda endişelenir misiniz?				

EK 6. YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

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

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

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

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

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

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

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

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İritabilite

0. Yok

2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

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

7) Düşünce yapı bozukluğu

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

8) Düşünce içeriği

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

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

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

10) Dış görünüm

- 0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım
- 1. Hafif derecede dağınıklık
- 2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
- 3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
- 4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

- 0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor
- 1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
- 2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
- 3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
- 4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

EK 7. BECK İNTİHAR NİYETİ ÖLÇEĞİ

BECK İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ

İsim:

Tarih:

I. Yaşam / Ölüme Dair Tutumun Özellikleri

1. Yaşama arzusu ()
0.Orta veya şiddetli
1.Zayıf
2.yok
2. Ölme arzusu ()
0.Yok
1.Zayıf
2.Orta veya şiddetli
3. Yaşam / Ölüm için Nedenler ()
0.Yaşam ölümden ağır basmakta
1.Yaşam ve ölüm için nedenler eşit
2.Ölmek yaşamaktan ağır basıyor
4. Aktif intihar girişiminde bulunma arzusu ()
0.Yok
1.Zayıf
2:Orta veya şiddetli
5. Pasif İntihar girişimi ()
0.Yaşamı korumak için intihar girişimi
1.Yaşamayı ölmeyi şansa bırakabilir
2.Hayatını korumak ve sürdürmek için önlemlerden kaçınma

II. İntihar Düşüncesi / Arzusu Karakteristiğı

6. Zaman boyutu : Süresi ()
0..Kısa ve geçici dönemler
1.Uzun dönemler
2.Kronik veya hemen daima sürekli
7. Zaman boyutu : Sıklık ()
0.Nadiren
1.Aralıklı
2.Sebat eden veya süregen

8. Düşünce ve Arzuya karşı tutum ()
0.Kabul etmeyen
1.Ambivalan , tepkisiz
2.Kabul eden
9. İntihar davranışını / Acting outu kontrol etme arzusu ()
0.Kontrol etme duygusu mevcut
1.Kontrol edeceğinden emin değil
2.Kontrol etme duygusu yok
10. Aktif girişimden caydıran etmenler (din, aile, başarılı olmayan ciddi hasar. Geri dönüş yok) ()
0.Caydırıcılar sebebi ile intihar etmeme
1.Caydırıcılar hakkında biraz ilgi gösterme
2.Caydırıcılar hakkında hiç yada minimal ilgi taşıma
11. Düşünülen girişim için sebep ()
0. Çevreyi etkilemek, dikkat çekmek,intikam
1. 0 ve 2 nin kombinasyonu
2. Problemden kaçma, çözmek, tamamen sona erdirmek

III. Tasarlanan Girişimin Özellikleri

12. Yöntem: Özgüllük ve Planlama ()
0.Dikkate alınmama
1.Dikkate alınmış fakat detaylar çalışılmamış
2.Detaylar çalışılmış ve çok iyi planlanmış
13. Yöntem: Erişilebilirlik ()
0.Yönteme ulaşamıyor, fırsat yok
1.Yöntem zaman ve çaba istiyor, fırsat gerçekten yok
2a.Yöntem ve fırsata erişilebilir
2b.Gelecekte yöntem ile ilgili fırsat veya erişilebilirlik önceden tahmin edilebilir.
14. Girişimi gerçekleştirme yeteneğine ilişkin duyumları olması ()
0.Cesaret yok, korkmuş, çok zayıf, yeteneksiz
1.Cesaret konusunda emin değil, yeteneği var.
2.Yetenegi ve cesareti var

15. Gerçek girişimin beklentisi / öngörüsü ()
0. Yok
1. Belirsiz, emin değil
2. Evet

IV- Tasarlanan Girişimin Gerçekleştirilmesi

16. Gerçek Hazırlık ()
0. Yok
1. Kısmen
2. Tam
17. İntihar Notu ()
0. Yok
1. Başlamış fakat tamamlamamış yada bırakmamış, sadece düşünce
2. Tamamlamış, bırakmış
18. Ölüm beklentisi içinde yapılan son hareketler ()
0. Yok
1. Düşünmüş ve bazı düzenlemeler yapmış
2. Kesin planlar yapmış yada düzenlemeleri tamamlamış
19. Tasarlanan girişimin gizlenmesi yada aldatıcı bir tavır sergilenmesi ()
0. Tasarıları açıkça belli etmek
1. Açılmaktan çekinmek
2. Yalan söyleme, aldatma, gizli tutma girişimlerinde bulunur.

V- Arka Plan Faktörleri

20. Önceki intihar girişimi ()
0. Yok
1. 1
2. Birden fazla
- 21 Son girişimle ilgili ölme eğilimi ()
0. Düşük
1. Orta derecede, ikilemli, emin değil
2. Yüksek

EK 8. EKSEN I BOZUKLUKLARI İÇİN DSM-IV YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME-I (SCID-I)

A. DUYGUDURUM EPİZODLARI				
Majör Depresif Epizod				
A. En az 2 hafta süreyle				
A1	Depresif duygudurum	?	-	+
A2	Azalmış ilgi yada zevk alamama	?	-	+
A3	Kilo veya iştah değişimi	?	-	+
A4	İnsomnia/ hipersomnia	?	-	+
A5	Psikomotor ajitasyon/ retardasyon	?	-	+
A6	Yorgunluk/ enerji kaybı	?	-	+
A7	Değersizlik/ Uygun olmayan suçluluk duyguları	?	-	+
A8	Düşünce/ konsantrasyon güçlüğü ya da kararsızlık	?	-	+
A9	Ölüm veya intihar etme düşünceleri	?	-	+
A10	A1-A9 arası maddelerden en az 5 i + kodlanmıştır.	?	-	+
A11	Belirtilerin sıkıntı yada bozulmaya neden olması	?	-	+
A12	Madde kullanımına yada genel tıbbi bağlı değildir	?	-	+
A13	Yas ile açıklanamaz	?	-	+
A14	A10, A11, A12, A13 + kodlanmıştır Tanı geçen ay karşılanmışsa buraya işaretleyin	?	-	+ MDE
A15	MD Epizodların sayısı			
	Epizodun başlangıcı			
	Kontrol ediniz:			
	şu anda			
	Geçmiş			
	Geçmişte ise sonlanmış			
Manik Epizod				
A16	A. Eleve, taşkın yada iritabl duygudurum	?	Git A45	+
A17	En az 1 hafta süreyle	?	Git A45	+
A18	B.1 Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite	?	-	+
A19	B.2 Uyku gereksiniminde azalma	?	-	+
A20	B.3 Daha konuşkan olma	?	-	+
A21	B.4 Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin yarışıyor gibi olması	?	-	+
A22	B.5 Distraktibilite	?	-	+
A23	B.6 Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon	?	-	+
A24	B.7 Körü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma	?	-	+
A25	B1-B7 arası semptomlardan en az üçü (duygudurum iritabl ise ve kabarmış değilse 4 ü) +	?	Git A45	+
A26	C. Şiddetli belirgin klinik bozulmaya neden olacak kadar ağır	?	Git A29	+
A27	D. Madde kullanımına yada genel tıbbi bağlı değildir	?	Git A45	+
A28	A, B, C, D ölçütleri + Tanı geçen ay karşılanmışsa buraya işaretleyin	?	-	+ Mnk Epzd
A29	Manik epizodların toplam sayısı			
	Epizodun başlangıcı			
	Kontrol ediniz:			
	şu anda			
	Geçmiş			
	Geçmişte ise sonlanmış			
Hipomanik Epizod				
A30	A. En az 4 gün boyunca süren kabarmış, taşkın ya da iritabl duygudurum	?	Git A45	+
A31	B.1 Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite	?	-	+
A32	B.2 Uyku gereksiniminde azalma	?	-	+
A33	B.3 Daha konuşkan olma	?	-	+
A34	B.4 Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin yarışıyor gibi birbirlerinin peşisıra gelmesi	?	-	+
A35	B.5 Distraktibilite	?	-	+
A36	B.6 Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon	?	-	+
A37	B.7 Körü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma	?	-	+
A38	B1-B7 arası semptomlardan en az üçü (ya da duygudurum kabarmış ise dördü) + dir	?	Git A45	+
A39	C. İşlevsellikte değişiklik olması	?	Git A45	+
A40	D. Değişikliklerin başkaları tarafından gözlenebiliyor olması	?	Git A45	+
A41	E. Belirgin bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırmayı gerektirecek derecede ağır değildir ya da psikotik özellik göstermez	?	Git A26	+
A42	F. Madde kullanımına yada genel tıbbi bağlı değildir	?	Git A45	+
A43	A, B, C, D, E, F ölçütleri + Tanı geçen ay karşılanmışsa buraya işaretleyin	?	-	+ Hipo M Epz
A44	Hipomanik epizodların toplam sayısı			
Distimik Bozukluk				
A45	A. 2 yıl depresif duygudurum	?	-	+
A46	B. 1 İştahsızlık ya da aşırı yemek yeme	?	-	+

A47	B. 2 Uykusuzluk ya da aşırı uyku	?	-	+
A48	B. 3 Düşük enerji düzeyi	?	-	+
A49	B. 4 Düşük benlik saygısı	?	-	+
A50	B. 5 Düşünceleri yoğunlaşmaya güçlüğü	?	-	+
A51	B. 6 Umutsuzluk duyguları	?	-	+
A52	B semptomların dan en az 2 si + dir	?	-	+
A53	C. 2 yıllık sürede 2 aydan daha uzun semptomsuz dönem olmuştur	?	-	+
A54	O sıradaki distimik bozukluğun başlama yaşı	?	-	+
A55	D. bozukluğun ilk 2 yılı boyunca MDE geçirilmemiştir	?	-	+
A56	E. daha önce manik mixt ya da hipomanik epizod geçirilmemiştir.	?	-	+
A57	F.Belirtiler sadece psikotik bozukluğun gidişi sırasında görülmez	?	-	+
A58	G. Madde kullanımına yada genel tıbbi bağlı değildir	?	-	+
A59	H. Belirtilerin sıkıntı yada bozulmaya neden olması	?	-	+
A60	A, B, C, D, E, F, G ve H ölçütleri +	?	-	+ Dist Bzk. Git A61
Genel Tıbbi Duruma bağlı Duygudurum bozukluğu				
A61	A. Duygudurumunda bozukluğun olması	?	- Git A 65	+
A62	B. Bu bozukluk genel tıbbi durumun doğrudan sonucudur	?	- Git A 65	+
A63	C.Klinik açıdan belirgin sıkıntıya neden olma	?	-	+
A64	A, B, C + Genel Tıbbi Durumu belirtiniz: Tip Major depresif benzeri epizod Diğer depresif belirtiler Manik Mixt Tam ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretleyin	?	-	+ GTD bağlı Duyg. Bozukluğu Git A 12 Git A 27 Git A 42 Git A 58 Git D 11 Git D 18
Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu				
A65	A. Duygudurumunda bozukluğun olması	?	-	+
A66	B. 1 Belirtiler madde entoksikasyonu yada yoksunluğu sırasında yada sonraki 1 ay içinde ortaya çıkmıştır B. 2 İlaç kullanımı bu bozukluk ile doğrudan ilişkilidir.	?	- Git A 12 Git A 27 Git A 42 Git A 58 Git D 11 Git D 18	+
A67	C. Bu bozukluk madde kullanımı ile açıklanamaz	?	- Git A 12 Git A 27 Git A 42 Git A 58 Git D 11 Git D 18	+
A68	D.Klinik açıdan belirgin sıkıntıya neden olma	?	-	+
A69	A, B, C, D + Tip Major depresif benzeri epizod Diğer depresif belirtiler Manik Mixt Tam ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretleyin	?	-	+ GTD B Duyg. Bozuk. Git A 12 Git A 27 Git A 42 Git A 58 Git D 11 Git D 18
B.PSİKOTİK VE EŞLİK EDEN SEMPTOMLAR				
Hezeyanlar				
B1	Referans hezeyanları(tanımlayınız)	?	-	+
B2	Persekütuar hezeyanları(tanımlayınız)	?	-	+
B3	Grandiyöz hezeyanlar(tanımlayınız)	?	-	+
B4	Somatik hezeyanlar(tanımlayınız)	?	-	+
B5	Diğer hezeyanlar (tanımlayınız)	?	-	+
B6	İşitsel halüsinasyonlar	?	-	+
B7	Görsel halüsinasyonlar	?	-	+

B8	Dokunma halüsinasyonları	?	-	+
B9	Diğer halüsinasyonlar	?	-	+
B10	Katotonik davranışlar	?	-	+
B11	İleri derecede dezorganize davranış	?	-	+
B12	İleri derecede uygunsuz duygulanım	?	-	+
B13	İleri derecede dezorganize konuşmalar	?	-	+
B14	Negatif Semptomlar	?	-	+
B15	PSİKOTİK SEMPTOMLARIN KRONOLOJİSİ			
	Semptomların tipi	Başlangıç	Sonlanış	Gidiş
				Geçen ay olup olmadığına bakınız
C.	PSİKOTİK BOZUKLUKLARIN AYIRICI TANISI			
C1	Psikotik semptomlar, duyugudurum semptomlarından farklı zamanda meydana gelir	?	- Git D1	+
ŞİZOFRENİ ÖLÇÜTLERİ				
C2	A. 1 aylık süre boyunca aktif semptomların bulunması	?	- Git C21	+
C3	B. Şizoafektif bozukluk ve duyugudurum bozukluğu dışlanmasıdır.	?	- Git C16	+
C4	C. En az 6 ay devam eden belirtiler	?	- Git C13	+
C5	D. İşlevsellikte bozulma	?	- Git C39	+
C6	F. Madde Kullanımına veya Genel Tıbbi Duruma Bağlı olmama	?	- Git D1	+
C7	A, B,C,D ve E ölçütleri karşılandı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	-	+ Sch
Şizofreni Alt tipleri				
C8	Paranoid tip	?	-	+ Git D1
C9	Katatonik tip	?	-	+ Git D1
C10	Dezorganize tip	?	-	+ Git D1
C11	Farklaşmamış tip	?	-	+ Git D1
C12	Rezidüel tip	?	-	+ Git D1
Şizofreniform Bozukluk				
C13	Epizod en az 1ay sürer fakat 6 aydan kısadır	?	- Git C27	+
C14	Madde Kullanımına veya Genel Tıbbi Duruma Bağlı değildir	?	- Git D1	+
C15	B ve C ölçütleri karşılandı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	-	+ Schform B Git D1
Şizoafektif Bozukluk				
C16	A. Şizofrenideki A semptomları ile eş zamanlı duyugudurum epizodu	?	- Git C39	+
C17	B. Aynı dönemde belirgin duyugudurum semptomlarının olmadığı en az iki hafta boyunca hezeyanlar yada halüsinasyonlar	?	- Git C39	+
C18	C. Hastalığın önemli bir kısmında duyugudurum epizodu vardır	?	- Git C39	+
C19	D. Madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı değildir	?	- Git D1	+
C20	A, B, C ve D ölçütleri karşılandı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretlerle	?	-	+ Schaff Bzk Git D1
Sanrılal Bozukluk				
C21	Bizar olmayan hezeyanlar	?	- Git C27	+
C22	Şizofreni için A tanı kriterlerinin hiçbir zaman karşılanmamıştır	?	- Git C39	+
C23	İşlevsellik açıkça acayıp yada bizar değildir	?	- Git C39	+

C24	Toplam hastalıkta duygudurum epizodlarının süresi hezeyanların süresine göre daha kısadır	?	- Git C39	+
C25	Madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı olmaması	?	- Git D1	+
C26	A, B, C, D ve E ölçütleri karşılandı Tam ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretli	?	-	+ Sanır Bzk Git D1
Kısa Psikotik Bozukluk				
C27	A. Bir veya daha fazla psikotik semptomun bulunması	?	- Git C39	+
C28	B. Belirtilerin süresi en az 1 gün ancak 1 aydan daha kısadır	?	- Git C39	+
C29	Duygudurum bozukluğu, şizofrenik bozukluk ya da şizofreni değildir	?	- Git C39	+
C30	Madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı olmaması	?	- Git D1	+
C31	A, B, C, D ve E ölçütleri karşılandı Tam ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretli	?	-	+ K. Psk Boz Git D1
Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluklar				
C32	Belirgin hallüsinasyonlar ya da hezeyanlar	?	- Git C35	+
C33	B/C Genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik bir sonucudur ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz	?	- Git C35	+
C34	A ve B/C tam ölçütleri karşılanmıştır Hezeyanlarla giden Hallüsinasyonlarla giden Genel tıbbi durumu belirtiniz Tam ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretli	?	-	+ GTD B Psk B Git C6 Git C14 Git C19 Git C25 Git C30
Madde Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluklar				
C35	A. Belirgin hallüsinasyonlar veya hezeyanlar	?	-	+
C36	B. İkisinden biri (1)belirtiler madde entoksikasyonu ya da yoksunluğu sırasında (2)ilaç kullanımı bu bozuklukla etyolojik olarak ilişkilidir.	?	- Git C6, C14 Git C19, C25 Git C30	+
C37	Madde kullanımının yol açmadığı bir psikotik bozuklukla açıklanamaz	?	- Git C6 Git C14 Git C19 Git C25 Git C30	+
C38	A, B, C kriterleri karşılanmıştır Alkole bağlı psikotik bozukluk hezeyanlarla giden Alkole bağlı psikotik bozukluk hallüsinasyonlarla giden Diğer maddelere bağlı psikotik bozukluk hezeyanlarla giden Diğer maddelere bağlı psikotik bozukluk hallüsinasyonlarla giden Tam ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretli	?	-	+ Madde K.B. Psk B Git C6 Git C14 Git C19 Git C25 Git C30
C39	Başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk Tam ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretli	?	-	+ Git D1
D.Duygudurum Bozuklukları				
Bipolar I Bozukluk				
D1	Bir veya daha fazla manik ya da mixed epizod öyküsü	?	- Git D5	+
D2	Genel tıbbi bir durumun ya da bir maddeye bağlı olmayan en az bir manik ya da mixed epizod	?	- Git D5	+
D3	Şizofrenik bozuklukla daha iyi açıklanamaz.Şizofreni, Şizofreniform bozukluk.BT.A psikotik bozukluk üzerine binmiş değildir.	?	- Git D5	+
D4	Bipolar I Bozukluğu Tam ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretli Enson epizod hipomanik Tek manik epizod Enson epizod manik Enson epizod mixed Enson epizod depresif Enson epizod belirlenmemiş Şiddet	?	- Git E1	+

	1-Hafif 2-Orta 3-Ağır, Psikotik özellikleri olmayan 4-Ağır, psikotik özellikleri olan 5-Kısmi Remisyonunda 6-Tam Remisyonunda 0-Belirlenmemiş		
Bipolar II Bozukluk			
D5	Genel tıbbi duruma ya da Madde kullanımına bağlı olmayan en az bir hipomanik epizod	?	Git D10 +
D6	Genel tıbbi duruma ya da Madde kullanımına bağlı olmayan en az bir major depresif epizod	?	Git D10 +
D7	Hiçbir zaman bir manik epizod yada bir mikst epizod geçirilmemiştir	?	Git D10 +
D8	Şizofreni bozuklukta daha iyi açıklanamaz, Şizofreni, Şizofreniform bozukluk, BTA psikotik bozukluk üzerine binmiş değildir.	?	Git D10 +
D9	En son epizod Bipolar II Bozukluğu, Hipomanik Bipolar II Bozukluğu, Depresif Tam ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaret	?	Git E1 +
Diğer Bipolar Bozukluklar			
D10	Klinik açıdan belirgin manik yada hipomanik semptomlar	?	Git D13 +
D11	Genel tıbbi bir duruma yada bir maddenin doğrudan etkilerine bağlı değildir	?	Git D13 +
D12	Tipi belirle Siklotimik bozukluk Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk Tam ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaret	?	Git E1 +
Major Depresif Bozukluk			
D13	Genel tıbbi durumun yada bir maddenin doğrudan etkilerine bağlı olmayan en az bir major depresif epizod	?	Git D17 +
D14	Şizofreni bozuklukta daha iyi açıklanamaz, Şizofreni, Şizofreniform bozukluk, BTA psikotik bozukluk üzerine binmiş değildir.	?	Git D17 +
D15	Hiçbir zaman bir manik, mikst yada hipomanik epizod geçirilmemiştir	?	Git D17 +
D16	Major Depresif Bozukluk Tam ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaret Major Depresif Bozukluk, tek epizod Major Depresif Bozukluk, rekürren Şiddet 1-Hafif 2-Orta 3-Ağır, Psikotik özellikleri olmayan 4-Ağır, psikotik özellikleri olan 5-Kısmi Remisyonunda 6-Tam Remisyonunda 0-Belirlenmemiş	?	Git E1 +
BTA Depresif Bozukluklar			
D17	Klinik olarak belirgin depresif semptomlar	?	Git E1 +
D18	Genel tıbbi bir durumun yada bir maddenin doğrudan etkilerine bağlı değildir	?	Git E1 +
D19	BTA Depresif Bozukluk Tam ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaret	?	Git E1 +
E.ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI			
E1	Bir aşırı içki içme dönemi ya da alkol ile ilişkili sorun olduğuna yönelik bir kanıt olması	?	Git E17 +
Alkol Kötüye Kullanım tanı ölçütleri			
E2	Alkol kullanımına bağlı olarak işte, okulda yada evde sorumluluklarını alamama	?	- +
E3	Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda kullanma(alkollü iken araba, makine vb kullanma)	?	- +
E4	Alkole bağlı yineleyici yasal sorunlar	?	- +
E5	Alkolün etkilerine bağlı sosyal sorunlara rağmen içme	?	- +
E6	KÖTÜYE KULLANIM MADDELERİNDEN ENAZ BİRİ +	?	Git E17 +

Alkol Bağımlılığı				
E7	Tasarlandığında daha yüksek miktarlarda ya da uzun bir dönem süresince içme	?	-	+
E8	Alkol kullanımını denetim altına almak için sürekli istek ya da boşa çıkan çabalar vardır	?	-	+
E9	Alkolü sağlamak, kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama	?	-	+
E10	Önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanlarını değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması	?	-	+
E11	Fiziki ya da psikolojik bir sorununun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımı	?	-	+
E12	Tolerans	?	-	+
E13	Yoksunluk	?	-	+
E14	BAĞIMLILIK MADDELERİNDEN EN AZ 3 TANESİ + DİR VE 12 AYLIK DÖNEM İÇERİSİNDE ORTAYA ÇIKAR	?	- Git E2 Git E16	+
E15	Alkol Bağımlılığı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler	?	-	+ Git E17
E16	Alkol Kötüye kullanımı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler	?	-	+ Git E17
ALKOLDİŞİ MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI				
E17	Herhangi bir zamanda kullanılan ilacın adını işaretleyiniz	En ağır kullanım dönemi(Yaş, tarih, süre) ve kullanım şeklini tanımlayınız.		
	Sedatif/ hipnotik/ Anksiyolitik Kannabis Uyarıcılar: Amfetamin ve diğerleri Opioid Kokain Hallüsinogen/ Fensiklidin: LSD, Meskalin,ekstazi, ketamin Diğer madde: Stereoidler, tıtkallı inhalanlar, nitroz oksit vb			
		Madde kullanımı		
		YOK Git F1	VAR Git E23	
Alkol dışı maddeleri kötüye kullanıma tanı ölçütleri				
E18	1. Madde kullanımına bağlı işte, okulda ya da evde sorumluluklarını alamama	?	-	+
E19	2. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda kullanma(madde etkisinde araba, makine vb kullanma)	?	-	+
E20	3. Maddeye bağlı bağlı yineleyici yasal sorunlar	?	-	+
E21	4. Maddenin etkilerine bağlı sosyal sorunlara rağmen içme	?	-	+
E22	5. KÖTÜYE KULLANIM MADDELERİNDEN ENAZ BİRİ +	?	- Git E17, F1	+ Git E32
Alkol dışı maddelere bağımlılık tanı ölçütleri				
E23	3. Tasarlandığında daha yüksek miktarlarda ya da uzun bir dönem süresince madde alma	?	-	+
E24	4. Madde kullanımını denetim altına almak için sürekli istek ya da boşa çıkan çabalar vardır	?	-	+
E25	5. Maddeyi sağlamak, kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama	?	-	+
E26	6. Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanlarını değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması	?	-	+
E27	7. Fiziki ya da psikolojik bir sorununun olduğu bilinmesine karşın madde kullanımının sürdürülmesi	?	-	+
E28	1. Tolerans	?	-	+
E29	2. Yoksunluk	?	-	+
E30	BAĞIMLILIK MADDELERİNDEN EN AZ 3 TANESİ + DİR VE 12 AYLIK DÖNEM İÇERİSİNDE ORTAYA ÇIKAR	?	- Git E18, E32	+ Madde Bağ. Git F1
E31	Amfetamin Bağımlılığı Kannabis Bağımlılığı Kokain Bağımlılığı Hallüsinogen Bağımlılığı Inhalan Bağımlılığı Opioid Bağımlılığı Fensiklidin Bağımlılığı Sedatif/ hipnotik/ Anksiyolitik Bağımlılığı Diğer madde Bağımlılığı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler			
E32	Amfetamin Kötüye kullanımı Kannabis Kötüye kullanımı Kokain Kötüye kullanımı Hallüsinogen Kötüye kullanımı Inhalan Kötüye kullanımı			Madde Kötüye kullanımı Git F1

	Opiooid kötüye kullanımı Fensiklidin kötüye kullanımı Sedatif/ hipnotik/ Anksiyolitik kötüye kullanımı Diğer madde kötüye kullanımı Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler		
--	---	--	--

F.ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Panik Bozukluğu			
F1	A(1)Yineleyen beklenmedik panik ataklar	?	Git F25 +
F2	A(2) Aşağıdakilerden en az biri vardır a. Panik atağının sonuçları ile ilgili endişe b. Başka nöbet geçirme korkusu c. Nöbetlere bağlı davranış değişikliği	?	Git F25 +
F3	Aşağıdaki panik atak semptomlarının en az dördünün birden başlaması ve 10 dk. içinde en yüksek düzeye ulaşması.	?	Git F25 +
F4	(1)Çarpıntı	?	- +
F5	(2)Terleme	?	- +
F6	(3)Titreme yada sarsılma	?	- +
F7	(4)Nefes darlığı yada boğuluyor gibi olma	?	- +
F8	(5)Solunum kesilmesi	?	- +
F9	(6)Göğüs ağrısı yada göğüste sıkıntı hissi	?	- +
F10	(7)Bulantı yada karın ağrısı	?	- +
F11	(8)Baş dönmesi sersemlik hissi	?	- +
F12	(9)Derealizasyon yada depersonalizasyon	?	- +
F13	(10)Kontrolünü kaybetme yada çıldırma korkusu	?	- +
F14	(11)Ölüm korkusu	?	- +
F15	(12)Paresteziler	?	- +
F16	(13)Üşüme,tişperme yada ateş basmaları	?	- +
F17	1-13 arası maddelerden en az dört tanesi "+" kodlanmıştır	?	Git F25 +
F18	C.Madde kullanımına veya genel tıbbi bir duruma bağlı değildir	?	Git F25 +
F19	D.Başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz	?	Git F25 + Panik bozk
Agorafobi ile birlikte Panik Bozukluğu			
F20	(1)Agorofobi varlığı	?	Git F24 +
F21	(2)Agorofobik durumlardan kaçınma yada belirgin sıkıntı ya da anksiyete ile katlanma	?	Git F24 +
F22	(3)Anksiyete ya da fobik kaçınma başka bir mental bozuklukla açıklanamaz	?	Git F24 +
F23	Agorafobi vardır Agorafobi ile birlikte Panik Bozukluğu Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler	?	- + Afobi Pan B Git F25
F24	Agorafobi yoktur Agorafobi olmadan Panik Bozukluğu Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler	?	- + Afobisiz P B Git F25
Obsesif Kompulsif Bozukluk			
F25	Obsesyonlar (1) Yineleyici düşünceler,dürtüler yada düşlemler	?	Git F30 +
F26	(2)Obsesyonlar gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir	?	Git F30 +
F27	(3)Kişi bu düşünceleri,dürtüleri yada düşlemlerine önem vermeye yada bunları baskılamaya çalışır yada başka düşünce yada eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır	?	Git F30 +
F28	(4)Kişi obsesyonlarını kendi zihninin bir ürünü olarak görür	?	Git F30 +
F29	Obsesyonlardan 1, 2, 3 ve 4 +	?	- +
F30	Kompulsyonlar (1)Kişinin yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar ve zihinsel eylemler	?	Git F33 +
F31	(2)davranışlar yada zihinsel eylemler sıkıntıdan kurtulmaya yöneliktir	?	Git F33 +

F32	Kompulsiyonlardan 1 ve 2 +	?	-	+
F33	A. Obsesyonlar(F29) yada kompulsiyonlar(F32) vardır	?	Git F39	+
F34	B. Kişi obsesyon yada kompulsiyonlarının aşırı yada anlamsız olduğunu kabul eder	?	Git F39	+
F35	Obsesyon yada kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur	?	Git F39	+
F36	Başka bir eksen I Bozukluğu varsa obsesyon yada kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir	?	Git F39	+
F37	Bir maddenin yada genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir	?	Git F39	+
F38	A,B,C,D,E kriterleri "+" ile kodlanmıştır Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler	?	-	+ OKB
F39	TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI LİSTESİ			
Kısa Tanımlama			Tarih	Yaş
Posttravmatik Stres Bozukluğu				
A. Aşağıdakilerden ikisinin olduğu travmatik olay yaşanmıştır				
F40	1. Kişi gerçek bir ölüm yada ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin yada başkalarının fizik bütünlüğünü bir tehdit olayını yaşamış, tanık olmuştur	?	Git F65	+
F41	2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır	?	Git F65	+
B. Travmatik olaylara aşağıdakilerden biri yoluyla sürekli maruz kalır.				
F42	1. Olayın elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları	?	-	+
F43	2. Olayı sık sık rüyada görme	?	-	+
F44	3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma yada hissetme	?	-	+
F45	4. Olayı hatırlatan iç yada dış olaylarla karşılaşınca yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma	?	-	+
F46	5. Olayı hatırlatan iç yada dış olaylarla karşılaşınca fizyolojik bir tepki gösterme	?	-	+
F47	B semptomlarından en az biri "+" ile kodlanmıştır	?	Git F65	+
C. Aşağıdakilerden en az 3 ünün varlığı ile travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve tepki gösterme düzeyinde azalma				
F48	1. Travma ile ilgili düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma	?	-	+
F49	2. Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler yada kişilerden uzak durma çabaları	?	-	+
F50	3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama	?	-	+
F51	4. Önemli etkinliklere karşı ilginin yada bunlara katılımın belirgin olarak azalması	?	-	+
F52	5. İnsanlardan uzaklaşma yada insanlara yabancılaştığı duyguları	?	-	+
F53	6. Duygulanımda kısıtlılık	?	-	+
F54	7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma	?	-	+
F55	C belirtilerinden en az 3' ü + ile kodlanmıştır	?	Git F65	+
D. Aşağıdakilerden en az ikisinin bulunması ile belirli, artmış uyarılabilirlik belirtilerinin sürekli olması				
F56	1. Uykuya dalmakta yada uykuyu sürdürmekte güçlük	?	-	+
F57	2. İritabilite yada öfke patlamaları	?	-	+
F58	3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme	?	-	+
F59	4. Hipervijilans	?	-	+
F60	5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme	?	-	+
F61	D belirtilerinden en az 2 semptom "+" ile kodlanmıştır	?	Git F65	+
F62	Bu bozukluk 1 aydan daha uzun sürer	?	Git F65	+
F63	Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yada toplumsal, mesleki alanlarda bozulma	?	Git F65	+
F64	A, B, C, D, E, F ölçütleri "+" ile kodlanmıştır. Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler	?	-	+ PTSD
Diğer Anksiyete Bozuklukları				
F65	Panik Bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler	?	-	+
F66	Sosyal Fobi Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler	?	-	+

F67	Özgül Fobi Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler	?	-	+
F68	Generalize Anksiyete Bozukluğu Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler	?	-	+
BTA Anksiyete Bozukluğu				
F69	Bu kategori herhangi bir özgül anksiyete bozukluğu, anksiyete ile giden uyum bozukluğu yada karışık anksiyete ve depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamayan belirgin anksiyete fobik kaçınma gösteren bozuklukları kapsar	?	- Git F72	+
F70	Genel tıbbi Diğer durumun yada bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir	?	-	+
F71	BTA Anksiyete Bozukluğu Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler	?	-	+ BTA Ank B
GENEL TIBBİ DURUMA BAĞLI ANKSİYETE BOZUKLUĞU				
F83	A. Belirgin anksiyete, panik atakları, obsesyonlar ya da kompulsyonlar	?	-	+
F84	B/C. Bozukluk genel tıbbi duruma bağlıdır ve başka mental bozuklukla açıklanamaz	?	- Git F87	+
F85	E. Belirtiler klinik açıdan sıkıntıya neden olur	?	-	+
F86	A,B/C ve E ölçütleri + Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu Neden olan genel tıbbi durumu belirtiniz Tipi Yaygın anksiyete gösteren Panik atakları gösteren Obsesif kompulsif semptomlar gösteren Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler	?	-	+ GTB Ank bozk Git F18 Git F37 Git F70
MADDE KULLANIMININ YOLACTIĞI ANKSİYETE BOZUKLUĞU				
F87	A. Belirgin anksiyete, panik atakları, obsesyonlar ya da kompulsyonlar	?	-	+
F88	B. İkisinden biri 1. Belirtiler madde etkisizliği ya da yoksunluğu sırasında ya da sonraki bir ay içerisinde ortaya çıkmıştır 2. İlaç kullanımı belirtilerle etyolojik açıdan ilişkilidir	?	- Git F18 Git F37 Git F70	+
F89	C. Belirtiler madde kullanımının yol açmadığı bir anksiyete bozukluğu ile açıklanamaz	?	- GTB Ank B. Git F18,37,70	+
F90	E. Belirtiler klinik açıdan sıkıntıya neden olur	?	- GTB Ank B. Git F18,37,70	+
F91	A,B, C ve E ölçütleri + Madde kullanımının yol açtığı bağlı anksiyete bozukluğu Neden olan genel maddeyi belirtiniz Tipi Yaygın anksiyete gösteren Panik atakları gösteren Obsesif kompulsif semptomlar gösteren Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler	?	-	+ Madde K B Ank B Git F18, F37,F70
Somatoform Bozukluklar				
F72	Somadizasyon Bozukluğu Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan 30 yaşından önce ortaya çıkan en az 8 adet açıklanmamış bedensel yakınma Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk Somatoform bozukluk için tanı ölçütlerini karşılamayan açıklanmamış bedensel yakınmalar Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler	?	-	+
F73	Hipokondriyazis Yeterli tıbbi değerlendirme yapılmasına ve güvence verilmesine karşın ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesi Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler	?	-	+
F74	Vücut Dismorfik Bozukluğu Görüntüsündeki hayali bir kusur ile uğraşıp durma Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretler	?	-	+
H.Yeme Bozuklukları				
F75	Anoreksiya Nevroza Şişman biri olmaktan aşırı korkmaya eğilimli olan ve fazla kiloda yada bunun biraz üzerinde bir vücut	?	-	+

	ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretli			
F76	Bulimia Nervosa Yineleyen tıknarcasına yeme epizodlarının olması Tanı ölçütleri geçen ay karşılanmışsa işaretli	?	-	+
Uyum Bozuklukları				
F77	A. Stres etkenlerinin başlangıcından sonraki 3 ay içinde gösterebilir stres etkenlerine bir tepki olarak duygusal yada davranışsal semptomların gelişmesi	?	- SCID Bitti	+
F78	B. Aşağıdakilerden birinin varlığı ile kanıtlandığı üzere bu semptomlar yada davranışlar klinik açıdan önemlidir.	?	- SCID Bitti	+
F79	C. Stresle ilişkili bozukluk başka özgül bir eksen I bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamaz ve önceden var olan eksen I yada eksen II bozukluğunun alevlenmesi değildir.	?	- SCID Bitti	+
F80	D. Bu semptomlar yası göstermemektedir	?	- SCID Bitti	+
F81	E. Stres etkeni bir kez sonlandıca semptomlar ek bir 6 aylık süreden daha uzun sürmez	?	- Glt D17, F69	+
F82	A,B,C,D,E kriterleri "+" ile kodlanmıştır Depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu Anksiyete ile giden uyum bozukluğu Karışık anksiyete ve depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu Davranım bozukluğu ile giden uyum bozukluğu Karışık duyu ve davranım bozukluğu ile giden uyum bozukluğu Belirlenmemiş uyum bozukluğu	?	-	+
				Uyum Boz SCID BİTTİ

EK 9. TEMPS-A (TEMPERAMENT EVALUATION OF MEMPHIS, PISA, PARIS, SAN DIEGO AUTOQUESTIONAIRE)

Yaşamınızın büyük bir bölümü için size "**kesinlikle uyuyorsa**" → (D) Doğru

"**tam olarak uymuyor**" ya da

"**yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa**" → (Y) Yanlış

1. D Y Üzgün, mutsuz bir insanım.
2. D Y İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. D Y Hayatım boyunca çok çektim.
4. D Y İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5. D Y Kolay pes ederim.
6. D Y Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. D Y Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. D Y Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.
9. D Y Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. D Y Grup içinde konuşmaktansa, başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. D Y Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. D Y Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. D Y Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. D Y Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. D Y Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. D Y İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. D Y Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. D Y Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. D Y Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
20. D Y Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
21. D Y Ruh halim ve enerjim ya yukarıda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
22. D Y Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
23. D Y Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
24. D Y Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
25. D Y Sıklıkla birşeylere başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
26. D Y Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.

27. D Y Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gider gelirim.
28. D Y Bazen yatağa çöökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
29. D Y Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşanmaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
30. D Y Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
31. D Y Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.
32. D Y Dışa dönüklükle içe kapanma arasında gider gelirim.
33. D Y Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
34. D Y Bazen herşeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarımla.
35. D Y Aynı anda hem mutsuz, hem de mutlu olabilen tipte bir kişiyim.
36. D Y Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
37. D Y Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
38. D Y Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
39. D Y Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
40. D Y Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
41. D Y Herşeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
42. D Y Kendime müthiş güvenirim.
43. D Y Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
44. D Y Her zaman birşeylerle meşgulümdür.
45. D Y Birçok işi hem de yorulmadan yapabilirim.
46. D Y Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
47. D Y Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
48. D Y Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
49. D Y Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
50. D Y İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
51. D Y İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
52. D Y Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.
53. D Y Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
54. D Y Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissederim.
55. D Y İşin patronu, "tepedeki adam" olmayı seven tipte bir kişiyim.
56. D Y Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir

- tartışmaya girebilirim.
57. D Y Cinsel isteklerim daima fazladır.
58. D Y Huysuz (sinirli) bir kişiyim.
59. D Y Bir türlü hoşnut olmayan tabiatla bir kişiyim.
60. D Y Çok yakınıyorum.
61. D Y Başkalarını çok eleştiririm.
62. D Y Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissedirim.
63. D Y Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissedirim.
64. D Y Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönlendiriyor.
65. D Y Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiç bir şey görmüyor.
66. D Y Terslendiğimde kavgaya edebilirim.
67. D Y İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
68. D Y Sinirlendiğimde insanlara bağırıyorum.
69. D Y İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.
70. D Y O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
71. D Y Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.
72. D Y Küfürbaz olarak bilirim.
73. D Y Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
74. D Y Çok kuşkucu bir kişiyim.
75. D Y Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğunudur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
76. D Y Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
77. D Y Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
78. D Y Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.
79. D Y Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
80. D Y Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
81. D Y Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
82. D Y Gevşemeyi beceremiyorum.
83. D Y Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissedirim.
84. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
85. D Y Sık sık midem bozulur.
86. D Y Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
87. D Y Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissedirim.
88. D Y Heyecanlandığımda tuvalete dah sık gitmek zorunda kalırım.
89. D Y Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
90. D Y Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.

91. D Y Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
92. D Y Uykum dinlendirici değil.
93. D Y Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.
94. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
95. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
96. D Y Kendimi güvende hissetmiyorum.
97. D Y Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
98. D Y Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.
99. D Y Ani sesler beni kolayca irkiltir.

Yaşamınızın büyük bölümü için sizi genel olarak en iyi tanımlayan yalnızca bir şıkkı daire içine alınız.

1. Hemen hemen her zaman üzgünüm.
2. Tamamen enerji dolu, neşe dolu bir kişiyim.
3. Pek çok duygusal çıkış ve inişlerim vardır.
4. Kolay sinirlenirim, küçük şeyler bile beni çileden çıkarır.
5. Hemen her zaman endişeliyimdir.
6. Sakin tabiatla bir kişiyim.

EK 10. ETİK KURUL ONAY FORMU

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 18.05.2022-172097



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-53043469-050.04.04-172097
Konu : Kararlar

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Yaşan Bilge ŞAİR
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 12.05.2022 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 14 nolu karar aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

KARAR:14
Protokol No :2022/05
Sorumlu Yürütücü : Dr. Öğr. Üyesi Yaşan Bilge ŞAİR
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Yaşan Bilge ŞAİR'in. "İntihar Girişimi Öyküsü Olan Ve Olmayan Bipolar Bozukluk Hastalarında Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi, Anksiyete Duyarlılığı Ve Mizaç Özelliklerinin İncelenmesi" başlıklı klinik araştırmasının 13.01.2022 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı.05.05.2022 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Sonuçta, klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Etik Kurul Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Yaşan Bilge ŞAİR Sorumlu Yürütücü olduğundan dolayı oylama katılmamıştır..

Prof. Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSE66SMFYT

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSE66SMFYT&eS=172097>

Adres:ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN
Telefon:0256 220 4203 Faks:0256 220 4599
e-Posta:goetik@adu.edu.tr Web:akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/
Kep Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Tuğba BOĞA
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.