



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

**BİPOLAR BOZUKLUKTA ÖZKIYIM DAVRANIŞININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Kerim UĞUR

UZMANLIK TEZİ

Prof. Dr. Nurgül ÖZPOYRAZ

ADANA - 2012

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince bana yardımcı olan: Prof. Dr. Nurgöl ÖZPOYRAZ'a, uzmanlık eğitimime katkıda bulunan Prof. Dr. Bekir Aydın LEVENT'e, Prof. Dr. Mehmet ÜNAL'a, Prof. Dr. Yunus Emre EVLİCE'ye, Prof. Dr. Ayőe AVCI'ya, Doç. Dr. őükrü UĞUZ'a, Yard. Doç. Dr. Gonca KARAKUő'a tezimin hazırlanma aşamasında ve istatıksel konulardaki yardımlarından dolayı Prof. Dr. Lut TAMAM'a tüm çalışma arkadaşlarıma ve desteğiyle hep yanımda olan aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No:
TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO LİSTESİ	IV
KISALTMA LİSTESİ	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Bipolar Bozukluk Tanımı	3
2.2. Bipolar Bozukluğun Doğası ve Seyri	3
2.3. Bipolar Bozukluk ve Dürtüsellik	6
2.4. Bipolar Bozukluk ve Özkıyım İlişkisi	7
2.5. Özkıyım Davranışı	8
2.5.1 Tarihçe	8
2.5.2. İnsidans ve Epidemyoloji	9
2.5.3. Özkıyım Davranışının Tanımlanması	9
2.5.4. Özkıyım Davranışının Etyolojisi	10
2.5.4.1 Psikopatolojik Faktörler	10
2.5.4.2 Özkıyım Davranışının Genetik ve Ailesel Yanları	11
2.5.4.3 Özkıyım Davranışının Nörobiyolojisi	12
2.5.4.4 DSM IV-TR Tanıları ve Özkıyım İlişkisi	13
2.5.5. Riskin Değerlendirmesi	14
2.5.6. Özkıyım Yöntemleri	15
2.5.7. Tedavi	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1.1. Verilerin Toplanması	16
3.1.2. Çalışmaya Alınma ve Dışlanma Ölçütleri	16
3.1.3. Görüşmenin Uygulanış Şekli	16
3.2. Veri Toplama Araçları	17
3.2.1. Duygudurum Bozuklukları Hasta Kayıt Formu	17
3.2.2. Young Mani Değerlendirme Ölçeği	17
3.2.3. Hamilton Depresyon Ölçeği	18
3.2.4. SCID I	18
3.2.5. SCID II	18
3.2.6. Barratt Dürtüsellik Ölçeği	18
3.2.7. Özkıyım Davranışı Ölçeği	18
3.2.8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	20
3.3. İstatistiksel İşlemler	20
4.BULGULAR	22
4.1. Sosyodemografik Özellikler	22
4.2. Hastaların Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerinin karşılaştırılması	24
4.3. Hastaların Genel Klinik Özellikleri	26
4.4. Özkıyım Davranışı Açısından Özgeçmiş ve Soygeçmişlerinin Değerlendirilmesi	27
4.5. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	29
4.6. Çocuk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	29

4.7. Özkıyım Davranışı Ölçeğinin Değerlendirilmesi	30
5.TARTIŞMA	31
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	40
7.KAYNAKLAR	42
8.EKLER	57

TABLO LİSTESİ

Tablo 1	: Özkıyım için risk faktörleri	14
Tablo 2	: BPB hastalarının sosyodemografik özellikleri	23
Tablo 3	: BPB tanılı hastaların özgeçmiş özellikleri	24
Tablo 4	: BPB tanılı hastaların aile öyküsü	25
Tablo 5	: Hastaların genel klinik özellikleri	26
Tablo 6	: Hastalık seyriyle ilgili bilgiler	27
Tablo 7	: Özkıyım girişimi öyküsü	28
Tablo 8	: Özkıyım girişimi aile öyküsü	28
Tablo 9	: BIS 11 puanları dağılımı	29
Tablo 10	: CTQ 28 puanlarının değerlendirilmesi	30
Tablo 11	: Özkıyım düşüncesi ölçeği puanları	30

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
5-HT-1B	: Serotonin 1b reseptörü
5-HIAA	: 5-hidroksiasetik asit
BIS-11	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği
BPB	: Bipolar Bozukluk
BPB I	: Bipolar I Bozukluk
BPB II	: Bipolar II Bozukluk
BTA-BPB	: Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk
CTQ-28	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi
GABA	: Gamaaminobutirik Asit
HAM-D	: Hamilton Depresyon Ölçeği
HPA	: Hipotalamik-hipofizer-adrenal eksen
ICD	: Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması
MAO	: Monoaminoksidaz
MD	: Majör Depresyon
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
ÖG	: Özkıyım Girişimi
PFC	: Prefrontal korteks
SCID-I	: DSM-IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği
SCID-II	: DSM-IV Eksen II bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği
TPH	: Triptofan hidroksilaz
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YMD	: Young Mani Değerlendirme Ölçeği

ÖZET

Bipolar Bozuklukta Özkıyım Davranışının Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmada, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Biriminde düzenli olarak Bipolar Bozukluk tanısıyla izlenen hastalarda özkıyım davranışının, hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, dürtüsellikleri ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, 2011 yılında Bipolar Bozukluk Biriminde Bipolar Bozukluk tanısıyla izlenen rastgele yöntemle seçilmiş 91 hasta alınmıştır. Çalışma verileri tarafımızca geliştirilen “Duygudurum Bozuklukları Hasta Kayıt Formu”, SCID- I-II, Young Mani Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Özkıyım davranışı ölçeği, Çocukluk çağı travmaları ölçeği ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Formlar hasta ve hasta yakınları ile görüşülerek ve poliklinik kayıtları incelenerek doldurulmuştur.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 52’si kadın, 39’u erkek’ti. Çalışmamızda 91 bipolar bozukluk hastasının 40’ında özkıyım girişimi öyküsü vardı. Özkıyım girişiminde bulunan grupta hastalık sürecinin daha çok depresif ve karma ataklarla seyrettiği, ataklar arası dönemde işlevselliğin kısmi etkilenmiş olduğunu ve psikotik özellikli daha ağır atak sıklığının daha fazla olduğunu bulduk. Bunun yanında iki grup arasında çocukluk çağı travmaları ve dürtüsellik için istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulamadık.

Sonuç: Bipolar Bozukluk yaşam boyu süren ve işlevselliği büyük oranda bozan bir hastalıktır. Bipolar bozukluk yüksek oranlarda özkıyım girişimi ve tamamlanmış özkıyım ile ilişkilidir. Bu açıdan özkıyım davranışında bulunan hastalarla bulunmayan hastalar arasındaki sosyodemografik, klinik ve diğer değişkenlerin araştırılması ve olası risk faktörlerinin tespiti hastalarda gelişebilecek olası özkıyım davranışını önleme de etkili olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Bipolar bozukluk, özkıyım davranışı, çocukluk çağı travmaları, dürtüsellik.

ABSTRACT

ASSESSMENT OF SUICIDAL BEHAVIOR IN BIPOLAR DISORDER

Aim: In this study, we have investigated the interactions between suicidal behavior and social, demographic features, impulsivity and the history of childhood abuse in the patients with diagnosis of bipolar disorder who are being monitored regularly in the Bipolar Disease Department of Cukurova University Psychiatry Department.

Material and method: We have accepted 91 patients to our study who were chosen randomized and were monitored in the Bipolar Disease Department with diagnosis of bipolar disorder. The data of study were collected by 'Mood disorders patient register form' this form was developed by us, SCID-1, SCID-2, Young Mania Scale, Hamilton Depression Scale, Suicidal Behavior Scale, Childhood Trauma Questionnaire, Barratt Impulsivity Scale. The scales were completed after interviewing with the patient and their relatives and outpatient clinic's records.

Results: 52 of 91 patients were female and 39 were male. 40 of 91 patients have had the history of suicidal attempt. In the suicidal attempter group we have founded that depressive and mixed episodes were more common in the course of disease, the functionality of patient were impaired partially between episodes and the more disruptive episodes with psychotic features were more frequent. Additionally we could not find any statistical difference between the attempter and nonattempter groups.

Conclusion: Bipolar disorder is a life long disease and impairs the functionality. Bipolar disorder is highly associated with suicidal attempts and completed suicides. So investigating the social, demographic, clinical varieties and the probable risk factors in the attempter and nonattempter groups will be helpful at preventing the suicidal behavior.

Key Words: Bipolar disorder, suicide, impulsivity, childhood abuse

1. GİRİŞ

Bipolar bozukluk hipomanik, manik, depresif veya karma ataklarla giden, ataklar arasında iyilik dönemlerinin olduğu ve sıklıkla mevsimsel özellik gösteren bir duygudurum bozukluğudur.Özkıyım davranışı insanın kendi ölümüyle sonuçlanabilecek bir girişimde bulunması ve kişinin kendisine yönelttiği bir şiddet eylemidir. Tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de özkıyım sonucu ölümler ve özkıyım girişimindeki artış dikkat çekicidir.

Duygudurum bozuklukları ile yapılan izlem çalışmalarında, hastaların %15'inin özkıyım nedeniyle öldüğü saptanmıştır. Bu oran genel popülasyonun 20 katı kadardır. Ayrıca %25-50 oranında tamamlanmamış özkıyım girişimleri olduğu saptanmıştır.Özkıyım girişimi ve buna bağlı ölümlerin önlenmesinde özkıyım girişimlerinin tanımlanması ve risk etkenlerin saptanması, özkıyım girişimi hastalarına yardım ve özkıyımdan korunma stratejilerinin belirlenmesi açısından önem arz etmektedir.

BPB'da özkıyım davranışı ile bazı değişkenler arasında ilişki olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Bu değişkenler arasında, hastalığın başlangıç yaşı, ilk atağın tipi, hastalık şiddeti, ataklar arası dönemde belirtilerin olup olmadığı, hastalık seyri boyunca ortaya çıkan atakların yaygın dönem özellikleri ve tipi, hastaların sosyodemografik özellikleri sayılabilir.

Dönemler arasındaki farklılık açısından değerlendirildiğinde tamamlanmış özkıyım açısından manik dönemde hastalar düşük risk taşıırken; karma dönem, disforik mani ve depresyon döneminin daha yüksek riskle ilişkili olduğu bulunmuştur.

Depresyon dönemleri arasına hipomanik dönemlerin girdiği BPB II bozukluğu hastaları da özkıyım için yüksek riskli gruptadır (38,40).Özkıyım girişimi olan hastalarda BPB II, alkolizm ve şizotipal özellikler yüksek oranda bulunmuştur.

Özkıyım davranışı için diğer önemli risk faktörleri arasında ailede özkıyım öyküsü ve çocukluk çağında fiziksel, duygusal ve cinsel ihmal-istismar öyküsü yer alır. Yapılan çalışmalarla çocukluk çağı kötüye kullanım öyküsü ve ailede özkıyım girişimi öyküsünün birlikte olduğu hastalar ciddi özkıyım girişimi ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca çocukluk çağı travması öyküsü olan insanlarda ilerleyen yıllarda olmayan gruba göre artmış agresyon ve dürtüsellik saptanmıştır.

Diğer önemli bir risk faktöründe BPB hastalarında özellikle de mani dönemiyle ilişkili bulunan dürtüselliştir. Kompleks bir davranış örüntüsü olan dürtüsellik plan yapmadan refleks olarak eyleme geçme olarak tanımlanabilir. Bu nedenle dürtüsellik bilinçli olarak yapılmayan davranışsal filtre süreçlerinden geçmeyen bir süreçle ilişkilidir. BPB’da özkıyımın daha sık olduğu depresif dönemlerle dürtüselliğin ilişkisi yeterince çalışılmamıştır. Dürtüsellik ve özkıyım davranışı arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapılan çalışmalarda dürtüselliğin özkıyıma meyille birlikte özkıyımın ciddiyeti ile de ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Özkıyım davranışı birçok değişkenden etkilenen ve hastalara özgü heterojen klinik gösteren bir durumdur. Bu nedenle aynı hastalık grubunda özkıyım davranışında bulunan ve bulunmayan hasta grupları arasında ki olası farkları tespit etmek ve özkıyım davranışı için risk faktörlerini belirlemek, özkıyım davranışının öngörülmesine ve önlenmesine yardımcı olacaktır.

Bu çalışmada; Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı “ Bipolar Bozukluk Birimi” nde BPB tanısı ile izlenen hastaların özkıyım davranışı ile sosyodemografik faktörleri, hastalığın klinik seyri, dürtüsellik ve çocukluk çağı travma öyküsü arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk Tanımı

Bipolar bozukluk yineleyen mani, hipomani, depresyon ve karma dönemleri ile karakterize ve bu dönemler arasında kişinin hastalık öncesi duygudurum haline genellikle dönebildiği süregelen seyir gösteren bir duygudurum bozukluğu olarak tanımlanabilir. Mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulma, özkıyım riski, sık yineleme gibi nedenlerle kişiyi ve çevresindeki yaşamını olumsuz yönde etkiler ve yeti yitimine sebep olur (1). BPB kendi içinde patofizyolojik, genetik, biyolojik etyolojik etmenlerin genişliği nedeniyle klinik olarak geniş heterojenite gösterebilir. Klinik bulguları nedeniyle en kolay tanınabilecek BPB tip I dir. BPB I ataklar dışı dönemlerde normal duygudurum bulgularının olduğu mani ve depresyon dönemleri ile giden BPB tipidir (2). Tip II BPB ise hipomani ve depresyon atakları ile giden BPB tipidir 1(2).

2.2. Bipolar Bozukluğun Doğası ve Seyri:

BPB için yaşam boyu prevalans % 0.7-1.6(ort %1.2) olarak saptanmıştır(3). Yaşam boyu prevalans oranları BPB-1 için %0.4-1.6, BPB-2 için %0.5 olarak saptanmıştır(3). Duygudurum bozukluklarının %20'sini oluşturduğu söylenebilir. Her ne kadar BPB en sık 20'li yaşlarda başlasa da ilk belirtilerin ortaya çıkması en sık 15-19 yaşları arasında ve ikinci olarak da 20-24 yaşları arasında olur(3-5). Kadın ve erkek arasında başlama yaşı açısından fark yoktur(3,9,10,12). Çalışmalarda maninin ilk başlangıç yaşı erkeklerde ortalama 24,4 yıl, kadınlarda 24,8 yıl bulunmuştur(11). Ancak ilk belirtilerin ortaya çıkması ile BPB tanısı konulması arasında genellikle 5-10 yıllık bir ara bulunmaktadır(15,16). Pek çok çalışma sonrasında erken başlangıç yaşı kötü prognozla ilişkilendirilmiştir(6,7). Erken başlangıç gösteren BPB hastalarında özkıyım davranışları, psikotik belirtiler, eksen I ek tanıları, hızlı döngülülük, koruyucu sağaltım başlama yaşında gecikme sonuç olarak da işlevsellikte kısmi bozulma ve kalıntı belirtiler daha fazla oranda görülmektedir(5,6,8). İlk belirtiler nadir

olmamakla beraber 60'lı yaşlarda ortaya çıkabilir. Bu tip olgularda etyolojide öncelikli olarak organik nedenler düşünülmelidir(4).

Bipolar bozukluk ırk ve cinsiyet farkı gözetmeksizin eşit dağılım gösterir(3). Yapılan çalışmalarda cinsiyetin hastalığın fenomenolojisi ve seyri üzerine etkileri olduğu saptanmıştır. Örneğin hızlı döngülü olgular kadın cinsiyette daha yüksek oranda görülmektedir(13,14).

Bipolar bozukluk, dönemsel ve yineleyici gidiş gösteren yineleme riski yüksek bir hastalıktır. Genellikle hastalığın ilk dönemi depresif özelliktedir. Hastalığın yıllar içindeki seyri olgulara göre değişkenlik gösterir.Uygun tedavi uygulanmamış çoğu hastada yaşam boyu ortalama ondan fazla hastalık dönemi olduğu düşünülmektedir. Hastaların bir kısmı hem manik hem de depresif dönemler yaşarken, %10-20'si sadece manik dönemler yaşar(3).

Manik dönemde hastalar duygudurum alanında; yükselmiş duygudurum, bilişsel alanda; grandiyozite ve psişik hızlanma, motor alanda; motor eksitasyon ve riskli davranışlar, somatik alanda; uyku gereksiniminde azalma ve libido artışı gibi belirtiler gösterirler. Mani döneminde bazı hastalarda genellikle duygudurumla uyumlu psikotik belirtiler de gözlenebilir. Ayrıca bu dönemde, artan dürtüsellik ve risk alma davranışı nedeniyle alkol ve madde kötüye kullanımı tabloya eklenebilir(17). Ayrıca bu grup normal popülasyona göre 3 kat artmış özkıyım riski ile ilişkilidir(18,19).

Hipomanik dönem genelde işlevsellikte bozulmaya yol açmayan, daha kısa süren, psikotik belirtilerin görülmediği ılımlı eşik altı mani durumudur(20). Hipomanik dönem kadınlarda daha sıklıkla görülür(20).

Depresif dönemler çökkün duygudurum, anhedoni ve ilgi kaybı, psikomotor yavaşlama ve ajitasyon, uyku-iştah düzensizlikleri gibi vejetatif belirtileri de gösteren bir dönemdir. Bu döneme genellikle duygudurumla uyumlu psikotik belirtiler, pseudodemans, stupor durumları eşlik eder. BPB hastalarının yaklaşık yarısında, hastalık depresif dönemle başlar. Depresif dönem özkıyım riskinde artışla ilişkili bulunmuştur.

Karma dönem manik ve depresif belirtilerin birlikte bulunduğu dönemdir(10). Genellikle manik dönemin bir alt tipi gibi değerlendirilir(3). Hasta her iki dönemin belirtilerini dalgalanmalar şeklinde gösterir. Her ne kadar DSM-IV karma dönem için manik ve depresif belirtilerin tam olarak aynı anda görülmesi şartını tanımlamış olsa da bazı

yazarlar manik dönem içinde iki, hatta bir depresif belirtinin bile saptanmış olması durumunda karma dönem tanısının koyulması gerektiğini ileri sürmektedir(3,24). Karma mani tüm mani dönemlerinin %16-37'sini oluşturmaktadır(21). Karma dönem BPB I hastalarının hastalık seyri sırasında %40 oranında görülebilir. Karma dönem kadınlarda daha sık görülür(24). BPB da tedavisi en güç tablolardan biridir ve çoğunlukla özkıyım riskinde artışla karakterizedir(22,23). Karma dönemlerin süresi diğer dönemlere göre daha uzundur(25). Bununla birlikte tedavisi de daha güçtür(26). Karma dönemde psikotik belirtiler, alkol madde kötüye kullanımı daha sıklıkla görülür(27,28). Karma dönem yaşanan olgularda distimik zemin ya da depresif kişilik özelliklerinin olduğu gösterilmiştir. Karma dönemde hastalar antikonvülzan tedaviye daha iyi yanıt vermektedir(25).

BPB I bozukluk için bir veya daha çok manik ya da karma dönem geçirilmiş olmalıdır. BPB II için en az bir majör depresif dönem ve en az bir hipomanik dönem olmalı fakat manik ya da karma dönem bulunmamalıdır(2).

Hızlı döngülü kavramı bir yılda en az dört dönemin ortaya çıkmasını ifade eder(3). Bu nedenle hızlı döngülü olgularda nadiren belirtiler kaybolur ve sonuç olarak ciddi sosyal ve mesleki işlevsellik kaybı olur(3,23). Bu hastaların çoğunda patlayıcı taşkınlıklar ve takibinde gelişebilecek psikomotor inhibisyonla keskin çöküş dönemleri olabileceğinden sık hastaneye yatış gerekebilir. Genellikle siklotimik bir zeminden kaynaklanır ve bu da çoğu hızlı döngülü olgunun BPB II olduğunu düşündürür. BPB I olgularında görülme ihtimali düşüktür. Kadınlarda daha sık ortaya çıkabilmektedir. Tedavisi manik kayma riskinin yüksek olması nedeniyle güçtür. Ultra hızlı döngülü grupta hipomanik, manik ve depresif dönemler birkaç günde bir hızla değişmektedir(3). Çoğunda dönemler belirli bir düzen içerisinde oluşur. Erkek hastalarda daha sık görülür(3).

2.3 Bipolar Bozukluk ve Dürtüsellik:

Bipolar bozuklukta özellikle manik dönemin, özkıym davranışının(31,32), madde kullanımının(32,33) dürtüsellik ile ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir(29,30). Depresif dönemin dürtüsellikle bağlantısı daha az çalışılmıştır. DSM IV deki mani tanı kriterleri ele alındığında dürtüsellüğün ön planda olduğu görülebilecektir(34). Hastaların ataklar arası iyilik dönemlerindeki dürtüsellikleri ile ilgili yeterli çalışma yapılmamıştır. BPB'da dürtüsellik hem duruma özgü(state dependent) hem de kararlı(trait dependent)olarak tanımlanabilir(29,30). Dürtüsellik kompleks bir davranış örüntüsüdür(39,41). Birçok dürtüsellik tanımının merkezinde plan yapmadan refleks olarak eyleme geçme yer alır. Bu nedenle dürtüsellik bilinçli olarak yapılmayan davranışsal filtre süreçlerinden geçmeyen bir süreçle ilişkilidir(42). Agresyonu ve özkıym davranışını içeren dürtüsel davranış önceden tasarlanmış davranıştan farklılık gösterir. Bu farklılığın sebepleri dürtüsel davranış için düşük bir eşik olması, bir yansımanın sonucu olması, bir modülasyondan sonra olmaması, potansiyel kazanç elde edilememesi ve olay ile sonuç arasında bir uyumsuzluk olmasıdır(40,43,44).

Moller ve arkadaşları (35) BPB ile dürtüsellik ilişkisini 5 madde de tanımlamışlardır.

1. Yatkınlık ile ilişkisi: Mani riski tanımlanmış adolesanlarda akranlarına göre daha fazla dürtüsellik saptanmıştır(36).
2. Hastalık dönemleri ve dönemlerin prodromuyla ilişkisinin olması.
3. İntihar veya madde kullanımı ile ilişkili olması.
4. Tedaviye yanıt ile ilişkisi olması.
5. Hastalığın patofizyolojisi ile ilişkisi.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11.versiyon (BIS-11) ile ölçtükleri toplam dürtüsellik ve dikkatle ilişkili dürtüsellüğün(attentional impulsivity) hem mani, hem de depresyonla ilişkili olduğunu, motor dürtüsellik(motor impulsivity) ile manik bulguların, tasarlanmamış dürtüsellik(non-planning impulsivity) ile depresyon bulgularının ilişkili olduğunu göstermiştir. BIS-11 ile yapılan değerlendirmelerde BPB da dürtüsellüğün duruma özgü

bileşene göre daha istikrarlı olan kararlı bileşenin ölçümüyle ilişkili olduğu gösterilmiştir(37).

BPB da dürtüselliğin mani ve karma atak sıklığında ve şiddetinde artış ile ilişkili olduğu gösterilmiş fakat depresyon için bu yönde bir bulgu gösterilememiştir(38).

BPB da atak dönemleri dışında kalan dönemlerdeki dürtüselliğin hastalığın seyrine ve hastalardaki olası özkıyım riskine etkisi ile ilgili yeterli çalışmanın olmaması bu konuda çalışma yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

2.4. BİPOLAR BOZUKLUK VE ÖZKIYIM İLİŞKİSİ

Duygudurum bozuklukları özkıyım davranışı için yüksek riski ifade eder. Çalışmalarda özkıyım davranışında bulunanların % 90'ından fazlasının o sırada psikiyatrik bir rahatsızlığının olduğu gösterilmiştir(75-77). Bu oran bütün tıbbi kayıtlar, aile üyeleri ile görüşme ve ölen kişinin araştırılması ile yapılan psikolojik otopsi yöntemiyle daha da artabilir. Özkıyım davranışı için en riskli psikiyatrik hastalık grubunu %60 oranla Duygudurum Bozuklukları oluşturur(75,76,79,80). Şizofreni, alkol madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı, borderline veya antisosyal kişilik bozukluğu gibi bazı ikinci eksen patolojilerinde de özkıyım riskinde artış söz konusudur.

Yaşam boyu özkıyım ile ölenlerin oranlarına bakıldığında BPB için %20, Major depresyon için %15, alkolizm için %18, şizofreni için %10, ikinci eksen tanıları içinse %5-10 oranları saptanmıştır(81-85). Genel psikiyatrik popülasyon yatan hasta grubuna göre daha az risk taşır. Duygudurum bozukluğu tanısı tamamlanmamış özkıyım girişimleri içinde risk artışını ifade eder.

Epidemiyolojik çalışmalarla BPB'da yaşam boyu özkıyım oranının normal popülasyona göre 20-30 kat fazla olduğunu, hastaların %25-50'sinin yaşamlarının bir döneminde özkıyım girişiminde bulunduğunu ve %10-15'nin özkıyım sonucu hayatını kaybettiği saptanmıştır(11). Bu oranlar unipolar depresyonda %15.9 ve diğer eksen I bozukluklarında %4.2 olarak tanımlanmıştır. Her ne kadar Duygudurum Bozukluğu tanıli hastalarda özkıyım girişimi ve tamamlanmamış özkıyım davranışı oranları yüksek saptansa da bu gruptaki birçok hasta yaşamları boyunca hiç özkıyım girişiminde

bulunmamaktadır. Tek başına psikiyatrik rahatsızlığın varlığı özkıyım davranışını anlamak, değerlendirmek ve önlemek için yeterli değildir. Çalışmalarla iki farklı grup arasındaki klinik, psikolojik, biyolojik, psikososyal ve diğer farklılıklar gösterilmeye çalışılmıştır.

BPB hastalarında özkıyım davranışı üzerinde ilk atak tipinin etkili olduğu gösterilmiştir. İlk dönemleri karma atak olan olgularda özkıyım girişimini daha fazla olduğu saptanmıştır(73). Hızlı döngülü hastalarda da özkıyım riskinde artış olduğu saptanmıştır(74).

Klinik çalışmalarda BPB da özkıyım girişiminde bulunanlarla bulunmayanlar arasında iki temel fark gösterilmiştir. Bunlardan ilki özkıyım girişimi olan grupta daha fazla sübjektif depresyon, ümitsizlik ve daha ciddi özkıyım düşüncelerinin olmasıdır. İkinci özellik ise yaşam boyu tepkisel ve agresif olmak olarak gösterilmiştir. Özkıyım girişiminde bulunan kişiler diğer gruba göre aldıkları kararlarda ve kişiler arası ilişkilerde daha dürtüsellerdir(70,71). Stresörlerle karşılaştıklarında daha fazla akut sıkıntı yaşamaya yatkınlık ve eşlik eden ciddi özkıyım düşüncelerine eğilimlilik ve güçlü duyguların varlığı özkıyım düşüncesini tetiklemektedir.

2.5. ÖZKIYIM DAVRANIŞI

Basitçe kişinin kendi isteğiyle yaşamına son vermesi olarak tanımlanır. Özkıyım önemli bir mortalite nedenidir. ABD verilerine göre yılda 30000 civarında insan özkıyım ile ölmektedir. Bu sayının en az 10-20 katı kadarda özkıyım girişimi olmaktadır(3). Türkiye de ise Devlet İstatistik Kurumunun verilerine göre yılda 3000 insan özkıyım ile öldüğü saptanmıştır(10). Özkıyım sıklıkla psikiyatrik hastalıklara eşlik eden, önceden riskleri belirlenip önüne geçilebilecek bir durumdur. Bu açıdan mevcut psikiyatrik hastalıklarda özkıyım riski ile ilişkili faktörlerin saptanması önemlidir.

2.5.1. Tarihçe:

Özkıyım davranışının tarihi en eski yazılı kayıtlara kadar uzanır. Fakat özkıyım için ilk bilimsel sınıflama Emile Durkheim tarafından yapılmıştır. Durkheim özkıyımı 3 tipe ayırmıştır. Bunlardan ilki yalnız, içe kapanık ve çevreye bağlantısı yetersiz kişileri içeren egoistik tipi içerir. İkinci tip ise başkalarına ayak uyduramayan, yaşamsal olaylardan çabuk etkilenen anomik tiptir. Alturistik olarak adlandırdığı üçüncü grubu fedakarlık sergilerken özkıyım ile hayatını yitiren kişiler oluşturur(3).

Yıllar içinde çeşitli nedenlere bağlanmış olsa özkıyımın psikiyatrik hastalıkların bir sonucu olduğu geç fark edilmiştir.

2.5.2. İnsidans ve epidemiyoloji

Özkıyım davranışı genel popülasyonda ABD verilerine göre 100 binde 12 oranında görülmektedir. Psikiyatrik hastalıklarda bu oranlar değişkenlik göstermektedir(3).

Cinsiyet açısından bakıldığında kadınlarda özkıyım davranışının erkeklere oranla daha fazla görüldüğü fakat erkeklerde ölümle sonuçlanan özkıyım davranışının daha sık olduğu saptanmıştır. Bu durum iki cinsiyet arasında ki özkıyım davranışı yöntemine bağlı bulunmuştur. Erkekler daha çok öldürücü yöntemler seçmektedir(3).

Yaş açısından bakıldığında özkıyımların daha çok 25-30 yaşları arasında olduğu saptanmıştır. Buna rağmen yaşlı ve ergen popülasyonda ki artış gözden kaçmamalıdır(3).

Tıbbi hastalık öyküsü, bekar ve sosyal destek yetersizliği, olumsuz yaşam olayları, özkıyım girişimi öyküsü gibi faktörlerde özkıyım riskinde artış ile ilişkili bulunmuştur(86).

2.5.3. Özkıyım davranışının tanımlanması:

Özkıyım davranışı; özkıyım düşüncesi, özkıyım niyeti, ölümle sonuçlanmış özkıyım girişimini kapsar. Ayrıca yüksek risk taşıyan zarar verici davranışlar olarak tanımlanabilecek parasuisidal girişimlerde unutulmamalıdır. Özkıyım düşüncesi, kişinin kendine zarar verme ya da kendini öldürme düşünceleridir. Davranışa yansımayan özkıyım düşüncesi daha sık görülür. Ciddi, planlı ve yöntemi seçilmiş özkıyım düşüncesi, özkıyım davranışı için önemli riski ifade eder ve bu önemli bir sorundur. Yapılan çalışmalarda planı ve yöntemi olan grupların, planları olmayanlara göre özkıyım girişiminde bulunan gruplara daha çok benzerlik gösterdikleri gösterilmiştir(87).

Özkıyım girişimleri, yöntemin ölümcüllük riskine ve özkıyım niyetine göre değişkenlik gösterir(88). Yüksek ölümcül girişimler genelde belirlenmesi zor, dikkatle hazırlanmış ve yöntemi ciddi girişimleri içerir. Daha az ölümcül girişimler daha çok yardım çağrısını ifade eden ve sosyal sıkıntılar sonrası ortaya çıkan durumları ifade eder. Bu tip girişimlerde diğerine kıyasla bulunma, kurtarılma ve hayatta kalma şansı daha

yüksektir(89).Bu tipte girişimler diğer gruba göre daha çok dürtüsellikle, sorun çözme becerisinde ki ve kişiler arası ilişkilerde ki yetersizlikle ilişkilidir.

Niyet ve geçmiş girişimin ölümcüllüğü, özkıyım girişiminde bulunup hayatta kalan hastalar için gelecekteki özkıyım riskini değerlendirmede önemlidir. Her ne kadar geçmişteki özkıyım girişimi, bize gelecekteki riskle ilgili ipucu verse de özkıyımlarda ölüm, %60 oranında ilk özkıyım girişiminde olmaktadır.

2.5.4 Özkıyım davranışının etyolojisi:

Özkıyım davranışı tek bir nedene bağlanamayacak,kompleks, birçok değişkenden etkilenen bir davranıştır. Psikiyatrik rahatsızlıkların başlangıcı ya da alevlenmesi, psikosoyal sorunlar, kişilik özellikleri, sorun çözme becerileri, dürtüsellik, biyolojik etmenler ve buna benzer durumlar riski artırabilir.

Madde ve alkol kötüye kullanımı, çocuklukta cinsel, fiziksel ya da duygusal kötüye kullanım öyküsü, kafa travması ya da nörolojik hastalık öyküsü, sigara içimi özkıyım davranışı ile ilişkili bulunmuştur. Genellikle tüm bu faktörler tek başlarına değil de birbirleriyle ilişkili olarak özkıyım davranışında etkili olurlar.

Özkıyım davranışında da ruhsal bozuklukların yanı sıra bireyin kişilik özellikleri de önemlidir. Özkıyım girişiminde bulunan hastalar genellikle olgunlaşmamış, benmerkezci, fazla bağımlılık gereksinimleri olan, dürtü kontrolleri zayıf bireylerdir. Bu özelliklerin toplandığıB kümesi kişilik bozukluklarında(antisosyal, borderline, histrionik, narsisistik) kendine zarar verme ya da özkıyım öyküsü sıktır(90).

Özetle klinik ve biyolojik çalışmaların ortaya koyduğu altta yatan bir takım faktörler özkıyım davranışına yatkınlıkla ilgili olabilir ve bu yatkınlık BPB ve diğer psikiyatrik bozuklukları olan hastalarda hastalık seyrince özkıyım davranışı riskini artırabilir. Bu nedenle de risk faktörlerinin belirlenmesinde yarar vardır.

2.5.4.1. Psikolojik faktörler:

Çeşitli görüşler özkıyım davranışının psikolojik yanlarını tanımlamaya çalışmışlardır. S. Freud, *Mourning and Melancholica* adlı eserinde özkıyımı kişinin kaybolan nesneyi içselleştirmesi ve sonrasında agresyonu kendine çevirmesi olarak tanımlamıştır. Meninger

ise ölmek için bir arzu, öldürölmek için bir arzu ve öldürmek için bir arzu üçlüsünü Freud'un görüşüne eklemiştir. Narsistik kuram ise özkıyım davranışında bulunan kişinin narsistik sorunları ve kendilik duygusunda bozulmaları olduğunu ifade eder. Bu bireyler baş edemeyecekleri yalnızlık, çaresizlik, terk edilmişlik gibi durumlarla karşılaştıklarında genelde kullandıkları,inkar ve ölküleştirme savunma düzenekleri yetersiz kaldığında, daha ilkel savunma düzeneklerine yönelmektedirler. Varoluşçu kuram ise bireyin kendi yaşamını kontrol edemediği, herhangi bir amacın kalmadığı dönemlerde, özkıyım davranışı ile yaşamın kontrol alındığını savunur. Öğrenme kuramına göre ise özkıyım öğrenilmiş çaresizliğin bir sonucu olarak tanımlanmıştır.

2.5.4.2. Özkıyım Davranışının Genetik ve Ailesel Yanları:

Çalışmalarla özkıyım girişiminde bulunan BPB hastalarının ailelerinde özkıyım davranışı olmayan gruba göre daha fazla özkıyım davranışı öyküsü olduğu gösterilmiştir(91). Özkıyım davranışında genetik katkıyı gösteren bir diğer faktörde, ikiz çalışmalarında, monozigotlarda dizigotlara göre daha fazla özkıyım davranışının saptanmış olmasıdır(92).

Psikiyatrik rahatsızlıklardan bağımsız olarak, özkıyım davranışı için özel bir gen bilinmemektedir. Çalışmalarda bazı aday genler saptanmıştır. Bunlar; triptofan hidroksilaz(TPH: serotonin sentez sınırlayıcısı), serotonin taşıyıcısı ve serotonin 1b reseptörü(5-HT1B) ve 5-HT2A reseptör genleridir(93). Aday genlerle ilgili çalışmalar çelişkili olmasına rağmen TPH 1 gen polimorfizmi ile özkıyım girişimi ve düşük serotonin işlevi arasında ilişki saptanmıştır(94).

Genetik kökeni olmayan bazı ailesel faktörlerde özkıyım davranışına yatkınlık oluşturabilir. Bu faktörler kötü ebeveyn, fiziksel, duygusal ihmal-istismar ve cinsel istismar öyküsüdür(95). Özellikle kötü ebeveyn özellikleri olan bireylerde, dürtüsellik, depresyon, alkol madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı sık görölmektedir. Bazı çalışmalarda cinsel istismarın kalıtsal geçiş gösterdiği gösterilmiştir(96).

Ayrıca, ailede özkıyım davranışına model olabilecek bir bireyin varlığı, çocuklarda, gelecekte özkıyım davranışında bulunma riskine ilişkin potansiyel bir etkisinin olduğu gösterilmiştir.

Son alışmalar, özkıyım için yatkınlığın, çevresel ve genetik etmenlerin birleşimi sonucu ortaya çıktığını savunmaktadır. Örneğin, erkeklerde cinsel istismar yküsü MAO A geninde azalmış varyasyona, bu da sonuç olarak dürtüsellik'e neden olmaktadır. Drtsellikte zkıyım riski ile ilişkilidir.

2.5.4.3. Özkıyım Davranışının Nörobiyolojisi:

Özkıyım davranışına ışık tutabilecek kesin biyolojik nedenler tespit edilememiştir. Buna rağmen, serotonerjik sistem özkıyım için en çok araştırılan nörobiyolojik alandır. Çalışmalarda, serotonerjik sistem fonksiyonlarında bozulma, özkıyım ile ilişkili bulunmuştur. Beynin postmortem çalışmalarında, ventromedial prefrontal kortekste anormal serotonerjik fonksiyon olduğu gösterilmiştir(93,97). Ventromedial PFC, kognitif inhibisyon ve davranışın yürütücü fonksiyonundan sorumludur. Bu bölgeye düşük serotonin girişi disinhibisyonun ortadan kalkmasına, agresyon ve dürtüsellik'in ortaya çıkmasına sebep olabilir. Beyin görüntüleme çalışmalarıyla, PFC aktivitesi ve serotonin salınımı ile özkıyım davranışı ve dürtüsellik arasında ilişki olduğu gösterilmiştir(98).

Serebrospinal sıvı da serotonin metaboliti olan 5-HIAA düzeylerinde azalma, özkıyım davranışı ile ilişkili bulunmuştur. İlginç olarak, ciddi özkıyım girişiminde bulunanlarda, bu düzeyler daha da düşük bulunmuştur. Düşük lm riski taşıyan özkıyım girişiminde bulunanlarla bulunmayanlar arasında da5-HIAA seviyeleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır(99).

Serotonerjik işlev, temelde genetik aktarımın kontrolü altındadır. Fakat hayvan çalışmalarında, genetik ve çevresel etkileşimin, bu sistem üzerine etkili olduğu gösterilmiştir. Bakıcı tarafından yetiştirilen maymunlarda, annesi tarafından yetiştirilen maymunlara göre daha düşük serotonerjik sistem aktivitesi ve bununla ilişkili daha yüksek agresyon ve dürtüsellik olduğu gösterilmiştir. Yapılan hayvan çalışmalarına dayanarak yapılabilecek varsayım la çocukluk ağı travması öyküsü, serotonerjik işlevde azalma ile bu da agresyon ve dürtüsellik artışı ile ilişkiledebilir. Sonuç olarak bu iki kavramda özkıyım riskinde artış ile ilişkilidir.

Özkıyım la ilişkili olduğu saptanan bir diğer nörobiyolojik sistem de hipotalamik-hipofizer-adrenal (HPA) eksenidir. Bu eksenin işlevi ile majör depresyonda ki özkıyım

davranışı arasında ilişki saptanmıştır(100). Depresyon HPA eksen aktivitesinde artışla, bu da anksiyete ve ajitasyon artışıyla ilişkilidir.

Özkıyım davranışı ile problem çözme yetersizlikleri arasında ilişki olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir(101).

2.5.4.4. DSM IV-TR Tanıları ve Özkıyım İlişkisi

Eksen I

Özkıyım ile en yakından ilişkili tablo, Duygudurum bozukluklarıdır. BPB, özellikle de depresif atak en ilişkili tablodur. Şizofreni ikinci sırada gelmektedir. Diğer Eksen I bozuklukları da riski artırır.

Eksen II

B kümesi kişilik bozuklukları özellikle de Borderline Kişilik Bozukluğu, özkıyım ile en yakından ilişkili Eksen II bozukluğudur.

Eksen III

Eşlik eden tıbbi durumlar özkıyım riskini artırır. Özellikle kronik, ağrılı durumlar, epilepsi, Huntington hastalığı, serebrovasküler olaylar, multipl skleroz, demansiyel sendromlar, AIDS, kafa travmaları risk artışıyla ilişkili bulunmuştur(3).

2.5.5. Riskin Değerlendirilmesi

Özkıyım riskinin değerlendirilmesinde, daha önceden tanımlanan, sosyodemografik özellikler, hastalıklar ve Eksen II tanıları ile ilişkili durumların yanında, bazı ek risk faktörlerinin de araştırılması gerekmektedir.

Risk artışını belirleyen faktörler iki grupta toplanabilir. Akut faktörler olarak sınıflandırılabilir bilenecek ilk grupta, seçilmiş bir planın varlığı, planı gerçekleştirecek araçlara ulaşılabilirliği, önceki özkıyım girişimleri, ek tanı varlığı, yeni travmatik yaşam olayı bulunur. Eşlik eden anksiyete de özkıyım davranışı riski için oldukça anlamlı bulunmuştur(3). Ayrıca bir önceki girişimden sonraki ilk 6 ay içinde özkıyım girişimi riskinde ciddi artış olduğu saptanmıştır.

Tablo-1. Özkıym davranışı için risk faktörleri					
Primer Tanı	Demografik ve çeşitli faktörler	Kişiliğe ait faktörler	Komorbiditeler	Sosyal faktörler	Diğer faktörler
Bipolar bozukluklar	Erkek cinsiyet	Borderline kişilik	Madde bağımlılığı	Boşanma	Öldürücü araçlara yakın olma
şizofreni	İleri yaş	Narsistik kişilik	Panik bozukluğu	Dul olma	Çocukluk çağı kötüye kullanımı
Majör Depresif bozukluk	Beyaz ırk	Antisosyal kişilik	Anksiyete	Yalnız yaşama	Yaşam standartında düşme
Depresif belirtili uyum bozukluğu	Eşcinsellik	Dürtüsellik	Eksen III tanıları	İzole edilme	Arkadaşlarından ayrılma
Davranım bozukluğu	Girişim öyküsü			Parasızlık	Eşyalarını dağıtma
Psikoz	Aile öyküsü			Ateist olmak	Evde silah bulundurma
	Özkıym düşünceleri			Kayıplar	
	Umutsuzluk çaresizlik				

Daha uzun dönemli olarak açıklanabilecek kronik risk faktörleri ise geçmiş özkıyım davranışları öyküsü, impulsif davranış öyküsü, ailede duygudurum bozukluğu veya özkıyım davranışı öyküsü, yalnız yaşama, boşanma, erkek ve yaşlı olmayı içerir. Ölümcül ajanlara ulaşma kolaylığı akut ve kronik bir risk faktörüdür.

Çocukluk çağı fiziksel ya da cinsel kötüye kullanımı veya ihmali gibi zor yaşam deneyimleri de riski artırır(3).

2.5.6. Özkıyım Yöntemleri:

Özkıyım yöntemi bazen girişimci için özel ve sembolik olabilse de, çoğu zaman yaşamdan, acıdan kaçma isteğini yansıtır. En sık kullanılan yöntem silahlardır. Bunun dışında yüksekte atlama, aşırı ilaç alımı, ası gibi yöntemler de sıklıkla kullanılmaktadır. Özkıyım yönteminin asıl önemi girişimin ciddiyeti ile yakın ilişkili olmasıdır.

2.5.7. Tedavi:

Özkıyım da bulunan hastalarda, hastaneye yatış, altta yatan tablonun saptanması, tedavisini yapılabilmesi ve ikinci özkıyım riskinin engellenebilmesi açısından önemlidir. Hastaneye yatış, hastanın güvenliğini sağlamada önemli adımlardan birisidir. Girişimin tipi, risklerin hafifliği gibi durumlarda hastaneye yatış gerekli görülmeyebilir.

Özkıyım girişiminde bulunan hastalarda, mevcut psikiyatrik hastalığa bağlı akut tablonun tedavisi yapıldıktan sonra bazı psikoterapi uygulamaları yapılabilir.

Farmakoterapi açısından bakıldığında, temel belirleyici faktör altta yatan psikiyatrik tablodur. Bipolar bozukluk hastalarında özkıyım davranışı olduğu dönemde ki atak tipine göre antidepresan ilaçlar, duygudurum düzenleyiciler (öncelikli olarak lityum), bazı olgularda antipsikotikler, anksiyetenin veya ajitasyonun eşlik ettiği olgularda benzodiazepinler tercih edilebilir.

Bazı ilaca dirençli, depresyon döneminde ve ikinci girişim için ciddi risk barındıran hastalarda EKT uygulaması yapılabilir. Bazı çalışmalarda, lityumun özkıyımı azalttığı ve lityum tedavisi kesildiğinde(özellikle de hızlı olursa) özkıyım artışı neden olduğu gösterilmiştir(3). Şizofreni hastalarında yapılan bir başka çalışmada da klozapinin özkıyım riskinde azalma ile ilgili olduğu saptanmıştır(3).

3. Gereç ve Yöntem

3.1.1. Verilerin Toplanması

Bu çalışmanın örneklem grubu, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Birimi'nde 01.07.2011-31.12.2011 tarihleri arasında, ayaktan, düzenli olarak izlenen hastalardan oluşturulmuştur. Çalışma grubu, yaşları 18-65 arası olan, DSM-IV tanı ölçütlerine göre, BPB I ve BPB II tanısı konulmuş ve bu tanıyla en az 6 aydır izlenmekte olan, ardışık 52 kadın, 39erkek toplam 91 hastadan oluşmuştur. Hastalara çalışmaya alınmadan önce araştırma, uygulanan testler ve elde edilecek sonuçların nasıl değerlendirileceği hakkında ayrıntılı bilgi verilerek, aydınlatılmış ayrıntılı yazılı onamları alınmıştır.

3.1.2.Çalışmaya Alınma ve Dışlanma Ölçütleri

Çalışmaya, en az 2 aydır klinik açıdan ötimik olan olgular kabul edilmiştir. Hasta grubu seçilmemiş, sağaltıma dirençli ve BPB dışında ek tanısı olan hastalar da çalışma grubuna dahil edilmiştir.

Aktif hastalık döneminde olan BPB hastaları, aktif psikoza olanlar, demans tanısı alanlar, mental retardasyonu olanlar, parkinson hastalığı, dejeneratif hastalıklar, multipl skleroz gibi nörolojik hastalığı olanlar çalışma dışında bırakıldı.

3.1.3. Görüşmenin Uygulanış Şekli:

Psikiyatrik görüşme öncesinde, çalışmayla ilgili yazılı ve sözlü bilgilendirme yapılarak hastaların yazılı onamları alındı. DSM-IV Eksen II bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-II), Özkıyım Davranışı Ölçeği (ÖDÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği(CTQ-28), Barratt Dürtüsellik Ölçeği(BIS-11) hasta tarafından yapıldı. Young Mani Derecelendirme Ölçeği(YMD), Hamilton Depresyon Ölçeği(HAM-D), DSM- IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği(SCID-I), Duygudurum Bozuklukları Hasta Kayıt ve İzleme Formu, hastayla yapılan

görüşme sırasında araştırmacı tarafından uygulandı. Her hastayla yaklaşık 60 dakika süren 2 görüşme yapıldı. Çalışmaya katılan hastaların, ötimik dönemde oldukları, YMD ve HAM-D ölçekleri kullanılarak belirlendi. SCID-I ile ek tanı açısından değerlendirildi.

BPB I ve BPB II tanıları DSM- IV kullanılarak konulmuştur.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1 Duygudurum Bozuklukları Hasta Kayıt Formu

Bu çalışmada Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Birimi tarafından hazırlanan “Hasta Kayıt ve İzleme Formu” kullanılmıştır. Bu form, birimizde izlenen BPB tanılı olguların ortak, sistematik bir kayıt formu ile veri tabanı oluşturmak amacıyla hazırlanmıştır. Formun ilk bölümü “Duygudurum Bozukluğu Hasta Kayıt Formu”, ikinci bölümü “İzlem Formu” ndan oluşur.

Çalışmada BPB hasta kayıt formunun 63 sorudan oluşan ilk iki bölümü kullanılmıştır. İlk bölüm; hastaların adı-soyadı, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, çalışma durumu, sosyoekonomik düzeyi gibi sosyodemografik verileri, eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik hastalıkları, psikoaktif madde kullanımı, doğum ve çocukluk öyküsünü elde etmeyi amaçlayan otuzdokuz sorudan oluşmaktadır. Sonraki yirmidört soruda duygudurum bozukluğunun genel özellikleri sorgulanmıştır. Hastaların özkıyım davranışı-düşüncesi, sayı, dönem ve biçimi de form içinde sorgulanmıştır.

3.2.2. Young Mani Derecelendirme Ölçeği(YMD)

Bu ölçek, 11 maddeden oluşmakta ve her biri 5 aşamalı belirti şiddeti ölçmektedir. Ölçekteki maddeler, BPB’un manik dönemindeki tanımlanmış çekirdek belirtileri (hafiften ağıra doğru derecelendirecek biçimde) kapsamaktadır. Ölçeğin doldurulması hastayla son 48 saatlik süre dilimi içindeki durumu esas alınarak yapılan görüşmeye ve görüşme sırasındaki gözlemlere dayanarak yapılır. İki bağımsız görüşmecinin, toplam puanlar arasındaki doğrusal bağıntı katsayısı 0,93 ve her bir madde puanları arasındaki doğrusal bağıntı katsayılarının 0,66–0,92 arasında değiştiği bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, iç tutarlılık katsayısı %79 olarak bulunmuş, çalışmacıların ölçek

maddeleri arasındaki fikir birliği % 63,3-%95,5, kappa degerleri 0,114-0,849 arasında bulunmuştur.

3.2.3. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

Hastada depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçer. Görüşmeci tarafından uygulanır.17 maddeden oluşur. Hamilton tarafından 1960 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirliği, iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değerleri 0,75, Sperman Brown güvenilirlik katsayısı 0,76'dır. Değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayısı 0,86 ile 0,98 değerleri arasındadır.

3.2.4. DSM-IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği(SCID-1)

DSM-IV'e göre psikiyatrik tanıların koyulmasında yaygın olarak kullanılan yapılandırılmış klinik bir görüşme ölçeğidir. First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

3.2.5. DSM-IV Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID II)

SCID-II, yarı yapılandırılmış klinisyen tarafından uygulanan bir testtir. İkinci eksen de tanımlanan kişilik bozukluk tanıları için kullanılmaktadır. Türkçe versiyonu Sorias ve ark. tarafından geliştirilmiştir. SCID II bireysel uygulamalı bir form olup, sorular hastaya yöneltilerek alınan yanıtlara ve görüşme esnasındaki klinik yargıya göre hastalar değerlendirilmektedir.

3.2.6 Barratt Dürtüsellik Ölçeği(BIS-11)

Dürtüsellığı ölçmek için geliştirilmiş, 30 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyin kendisinden yanıt olarak 'nadiren/ hiçbir zaman', 'bazen', 'sıklıkla' ve

'hemen her zaman/her zaman' seçeneklerinden en uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. Faktör analiziyle 3 alt faktör elde edilmiştir:

- 1) Dikkatle ilişkili dürtüsellik
- 2) Motor dürtüsellik
- 3) Tasarlanmamış dürtüsellik. (plan yapmama)

Yüksek puanlar yüksek dürtüsellik düzeyini gösterir. Türkçe uyarlaması yapılmıştır.

3.2.7 Özkıyım Davranışı Ölçeği

Özkıyım davranışı kavramı 4 farklı unsuru içermektedir. Bunlardan birincisi kişinin daha önceki özkıyım düşüncesi ve girişimlerini sorgulayan "özkıyım planı ve girişimi", ikincisi son bir yıl içinden kişinin yaşamını sona erdirme düşüncesinin sıklığı ile ilgilidir. Üçüncü unsur özkıyım tehdidini sorgulamakta olup, kişinin özkıyım ile ilgili çevresine ve yakınlarına bir mesaj verip vermemesi araştırılır. Dördüncü unsur, özkıyımın tekrar edilebilirliği ile ilgili olup gelecekte yaşamına son verme konusundaki düşünceleri araştırılmaktadır. 1981 yılında Linehan ve ark. Ları tarafından geliştirilmiş olan Özkıyım Davranışı Ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği 1995 yılında Bayam, Dilbaz ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçek 4 maddeden oluşmuştur:

1.madde: "özkıyım plan ve girişimi" geçmişe ait özkıyım öyküsü ile ilgili olup 6 seçenekten oluşmuştur. Likert tipi 0-5 puan arasında değerlendirilmektedir.

2.madde: "özkıyım düşüncesi" ile ilgili olup 5 seçenek bulunmaktadır. 0-4 arası Likert tipi puanlanır.

3. madde: "özkıyım tehdidi" ile ilgili olup iki seçenekten oluşur. Hayır 0, evet yanıtı ise 1 olarak puanlanır.

4.madde: "özkıyımın tekrar edilebilirliği" beş seçenekten oluşmaktadır ve Likert tipi 0-4 arası puanlanır.

Özkıyım davranışı ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 14 olup puanlar aritmetik olarak toplanarak toplam puan hesaplanır. Puan arttıkça özkıyım

davranışının ciddiyet derecesi de artmaktadır. Ayrıca her madde kendi içinde değerlendirilerek davranışın 4 farklı unsuru da ayrı ayrı değerlendirilmektedir.

Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği $r=0.92$, ölçeğin tümü için Cronbach Alfa katsayısı 0.73 ($p<0.001$) olarak bulunmuştur. Madde-test korelasyonunda en düşük değer 0.37 en yüksek değer 0.61 olarak saptanmıştır. Özkıyım girişiminde bulunan ve bulunmayan gruplar arasında her maddeden alınan puan ortalamaları anlamlı ölçüde farklı ($p<0.001$) bulunmuştur.

3.2.8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ - 28)

Özgün biçimi 1995 yılında David P. Bernstein tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek yazarından izin alınarak 1996 yılında Prof. Dr. Vedat Şar tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocukluktaki duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içerir. Ayrıca aldatıcı özellikte olan, üç tane minimizasyon sorusunu da kapsamaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Yanıt seçenekleri 1) hiçbir zaman, 2) nadiren, 3) zaman zaman, 4) sıklıkla, 5) çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Ayrı ayrı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır.

CTQ-28 ölçeği puanlarının hastalıklarda ki değerleri ile ilgili bazı çalışmalar yapılmıştır. Bir çalışmada dissosiyatif belirtiler gösteren şizofreni hastalarında CTQ-28 puanları $50,0-52,2$ arasında olduğu, dissosiyatif belirtiler göstermeyen grupta ise $38,3-41,5$ arasında kaldığı gösterilmiştir(102). Konversiyon hastalarında ise ortalamalar $48,00$ olarak bulunmuştur(103). Hollanda kökenli bir çalışmada ise klinik içi çalışılan grupta $50,9$, klinik dışı çalışılan grupta $33,5$ ortalama puanları saptanmıştır(104).

Türkiye de CTQ-28 toplam ve alt grup kesme puanları ile ilgili ön görü cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılması, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 puanın aşılması, duygusal ihmal için 12 puanın aşılması, toplam puan içinse 35 puanın kesme puanı olarak alınmasıdır(105). Hastalık gruplarında kesme puanları için farklılık olduğunun gösterilmesi bu konu da daha fazla çalışma yapılmasının gerektirmektedir.

3.3 İstatiksel İşlemler

Tüm istatiksel yöntemler SPSS for Windows 12,0 paket programı yardımıyla yapıldı. Kategorik değişkenlerin, sıklıklarının ve oranlarının karşılaştırılmasında Ki kare, gerekli yerlerde Fisher Kesin Ki-kare testi uygulandı. İki grubun sürekli değişkenlerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında t testi, parametrik varsayımların sağlanmadığı durumlarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ayrıca sosyodemografik veriler ve klinik özelliklerle ilgili tanımlayıcı istatistikler de sunulmuştur. Çalışmada istatiksel anlamlılık değeri olan alfa 0,05 olarak alınmıştır. Çoklu karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik özellikler:

Çalışmaya alınan toplam 91 hastanın 52'si(%57,1) kadın, 39'u (%42,9)erkekti. Hastaların yaşları 19-61 arasında dağılmakta ve ortalama yaş $36,67 \pm 10,49$ yıldı. Hastaların %72'si lise ve yüksekokul düzeyinde eğitime sahipti. Hastaların büyük çoğunluğu aktif olarak çalışıyor(%89)ve çoğunun da sosyal güvencesi(%97,8) vardı. Hastaların %45,1'i evli ve %93,4'ü çekirdek aile içinde yaşıyordu. %96,7 'i yeterli sosyal desteğe sahipti. Hastalar büyük oranda kent merkezlerinde yaşıyordu. Çoğunun sosyoekonomik durumu iyiydi. Genel olarak değerlendirildiğinde çalışmaya alınan hastalar sosyodemografik olarak homojen dağılım gösteriyordu. BPB tanılı hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 2 de gösterilmiştir.

Tablo 2. BPB hastalarının sosyodemografik özellikleri

		Toplam=91 (%)
Yaş (19-61)		36.67 ±10.4
Eğitim	Yok	0 (0)
	Okuryazar	91(100)
	İlköğretim	10 (11)
	Ortaöğretim	9 (9,9)
	Lise	32 (35,2)
	Yükseköğretim	40 (44)
Eğitim yılı(1-15)		11.7
Medeni hal	Evli	41 (45,1)
	Dul-Boşanmış-Ayrı	45 (49,5)
	Bekar	5 (5,5)
Meslek	İşsiz	20 (22)
	Ücretli(işçi, memur)	36 (39,6)
	Öğrenci	6 (6,6)
	Ev kadını	16 (17,6)
	Emekli	6 (6,6)
	Çiftçi	1 (1,1)
	Serbest	6 (6,6)
Sosyoekonomik düzey	Üst	1 (1,1)
	Orta-üst	15 (16,5)
	Orta-alt	56 (61,5)
	Alt	18 (19,8)
Yaşadığı aile	Çekirdek	85 (93,4)
	Geniş	4 (4,4)
	Yalnız	2 (2,2)
Sosyal destek	Var	88 (96,7)
	Yok	0 (0)
	Yetersiz	3 (3,3)

4.2. Hastaların özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin karşılaştırılması:

Çalışmaya dahil edilen 91 hastanın 40 tanesinde (%43,9) ölümle sonuçlanmamış özkıyım girişimi öyküsü saptandı. Özkıyım girişiminde bulunan hastaların %15'inde, bulunmayan hastaların %15,7'inde çocukluk dönemi psikiyatrik hastalık öyküsü saptandı. Özkıyım girişimi olan hastaların %27,5'inde panik bozukluk, %12,5'inde yaygın anksiyete bozukluğu, %7,5'da fobik bozukluklar, %5'inde alkol madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı, %40'da da kişilik bozukluğu ek tanıları mevcuttu. Ayrıca özkıyım girişimi öyküsü olan hastaların %27,5'inde bedensel hastalık öyküsü olduğu saptandı. Bedensel hastalıklar arasında en sık hipertansiyon ve diabetes mellitus saptandı. Hastaların özgeçmiş özellikleri tablo 3 de gösterilmiştir.

		Ö.G. (+)	Ö.G. (-)	Toplam	p
		n	n	n	
		%	%	%	
Çocukluk dönemi psikiyatrik hastalık öyküsü		6(15)	8(15,7)	14(15,4)	0,9
Psikiyatrik ek tanı	Panik Bozukluk	11(27,5)	5(9,8)	16(%12,1)	0,1
	YAB	5(12,5)	4(7,8)	9(%9,9)	0,1
	OKB	1(2,5)	5(9,8)	6(%3,3)	0,1
	Sosyal fobi	2(5)	1(1,9)	3(%6,6)	0,1
	Özgül fobi	1(2,5)	0	1(%1,1)	0,1
	Alkol-madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı	2(5)	6(11,7)	8(%6,6)	0,421
	Kişilik bozukluğu	16(40)	18(35,2)	34(37,4)	0,212
Bedensel hastalık öyküsü		11(27,5)	15(29,4)	26(%28,6)	0,842

Özkıyım girişiminde bulunan hastaların %57,5'da birinci derece akrabalarında, %50'sinde de ikinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Her iki grupta da en sık görülen psikiyatrik hastalık duygudurum bozukluklarıydı. Birinci ve ikinci derece akrabaların her ikisinde de en sık görülen duygudurum bozukluğu hastalık grubu BPB idi. Hastaların ailede hastalık öyküsü tablo 4 de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 4 . BPB tanılı hastaların aile öyküsü

			Ö.G.(+)	Ö.G.(-)	Toplam	p
			n %	n %	n %	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	I.derece akraba		23(57,5)	25(49)	48 100	0,421
	II.derece akraba		20(50)	27(52,9)	47 100	0,781
Akrabalarda görülen psikiyatrik hastalıklar	I.derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü	Bipolar bozukluk	12(52,7)	9(36)	21 (43,75)	0,367
		Unipolar bozukluk	3(13)	2(8)	5 (10,4)	0,367
		Şizofreni	1(4,3)	1(4)	2 (4,1)	0,367
		Şizoaffektif bozukluk	0	0	0	0,367
		Alkol madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı	0	1(4)	1 (2,08)	0,367
		OKB	0	0	0	0,367
		Panik bozukluk	2(8,6)	2(8)	4 (8,2)	0,367
		YAB	0	2(8)	2 (4,1)	0,367
		Yeme bozukluğu	0	0	0	0,367
		Özkiyim girişimi	1(4,3)	0	1 (2,08)	0,367
	II.derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü	Bipolar bozukluk	10(25)	11(21,6)	21 (44,6)	>0,05
		Unipolar bozukluk	3(7,5)	6(11,8)	9 (19,1)	>0,05
		Şizofreni	3(7,5)	3(5,9)	6 (12,7)	>0,05
		Şizoaffektif bozukluk	0	0	0	>0,05
		Alkol madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı	0	0	0	>0,05
		OKB	1(2,5)	0(0)	1 (2,1)	>0,05
		Panik bozukluk	1(2,5)	1(2,2)	2 (4,2)	>0,05
		YAB	1(2,5)	0	1 (2,1)	>0,05
		Yeme bozukluğu	0(0)	0	0	>0,05
		Özkiyim girişimi	1(2,5)	3(5,9)	4 (8,4)	>0,05

4.3.Hastaların genel klinik özellikleri:

Genel olarak bakıldığında çalışmaya alınan hastaların 85 'i (%93,4) BPB I ile 6'sı(%6,6) BPB II ile izlenmekteydi. Özkıyım girişiminde bulunan hastaların 38'i (% 95) BPB I ile izlenmekteydi. Hastalık süreleri özkıyım girişimi öyküsü olan grupta 11,83±1,5, özkıyım girişimi öyküsü olmayan grupta 11,6 ± 1,1 idi. Hastalık başlangıç yaşlar özkıyım girişimi öyküsü olan grupta 24.47 ±6,05, olmayan grupta 25.39 ±8.13 idi. İki grup arasında başlangıç yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. Hastaların genel klinik özellikleri ile ilgili bazı bulgular tablo 5 de sunulmuştur

Tablo 5. Hastaların genel klinik özellikleri

		Ö.G.(+) n(%) (ort SD)	Ö.G.(-) n(%) (ort SD)	P
Hastalık süresi		11,83	11,61	>0,05
Tanı	BPB I	38(95)	47(92,2)	>0,05
	BPB II	2(5)	4(7,8)	>0,05
Hastalık başlangıç yaşı		24,47	25,39	>0,05

Hastaların dönem ve gidiş özellikleri incelendiğinde örneklem grubunun çoğunda ilk atağın depresyon olduğu saptanmıştır. Özkıyım girişimi öyküsü olan grupta hastalık süresince depresyon ve karma atakların daha fazla olduğu, mani ataklarının ise daha nadir olduğu belirlenmiştir.

Ayrıca dönemler arası belirtilerin olmaması özkıyım girişimi açısından koruyucu faktör olarak göze çarpmaktadır. Bunun yanında hastalığın şiddetli ve psikotik özellikli olması özkıyım girişimi öyküsü olan grupta fazla bulunmuştur.

Hastaların BPB seyirleri ile ilgili bazı bilgiler tablo 6 de sunulmuştur.

Tablo 6. Hastalık seyriyle ilgili bilgiler

		Ö.G.(+)n (%) (ort SD)	Ö.G.(-) n(%) (ort SD)	P
Geçirilen toplam dönem sayısı	Toplam dönem sayısı	4,15±2,2	3,76±1,6	0,337
	Toplam manik dönem sayısı	1,52±1,03	2,13±1,5	0,033
	Toplam hipomanik dönem sayısı	0,42±0,93	0,58±0,77	0,365
	Toplam karma dönem sayısı	0,37±0,8	0,09±0,3	0,045
	Toplam depresyon dönemi sayısı	1,82±1,51	0,94±1,17	0,02
Uzunlamasına gidiş	Dönemler arası tam düzelme	29(%46)	34(%54)	0,5
	Kısmi işlevsellik	11(%40,7)	16(%59,3)	
	Dönemler arası işlevsellik kötü	0	0	
Dönemler arası belirti	Yok	26 (%48,1)	28(%51,9)	<0,05
	Hafif	14(%43,8)	18(%56,2)	
	Orta	0	0	
Mevsimsel özellik		35(%46,1)	41(%53,9)	>0,05
Hızlı döngülülük		6(%60)	3(%40)	>0,05
Psikotik özellik		33(%44)	42(%56)	>0,05
Hastalık şiddeti	Hafif	0	2(%3,9)	<0,05
	Orta	5(%12,5)	2(%3,9)	
	Şiddetli psikotik özellik yok	5(%12,5)	14(%27,4)	
	Şiddetli psikotik özellikli	30(%75)	33(%64,7)	

4.4. Özkıyım davranışı öyküsü açısından özgeçmiş ve soygeçmişlerinin değerlendirilmesi:

Hastaların 40'ında (%43,9) özkıyım girişimi öyküsü olduğu saptanmıştır. Özkıyım girişimi öyküsü olanların 25'i (%62,5) kadın 15'i (%37,5) erkek idi. Her iki cinsiyette de özkıyım girişimleri sıklıkla depresyon ataklarında ve ilk atakta gerçekleşmişti. Özkıyım girişimi yöntemleri arasında en sık yöntem aşırı miktarda ilaç alımıydı. Yalnızca 1 erkek hastada yüksekten atlama gibi ölümcüllüğü yüksek girişim öyküsü vardı. Özkıyım girişimi için bazı parametreler tablo 7 da sunulmuştur.

Tablo 7. Özkıyım girişimi öyküsü

		Kadın n %	Erkek n %	P
Özkıyım girişim		25 (%48)	15 (%38,4)	>0,05
Özkıyım girişimi dönem	Mani	2 (%8)	2(%13)	>0,05
	Depresyon	19 (%76)	10(%66)	>0,05
	Hipomani	0	0	>0,05
	Karma	4(%16)	3(20)	>0,05
	Ötimik	0	0	>0,05
Özkıyım biçimi	İlaç	21(%80)	9(%60)	>0,05
	Yüksekten atlama	0	1(%6,6)	>0,05
	Diğer	4(%20)	5(%34.4)	>0,05

Aile öyküsüne bakıldığında özkıyım girişimi öyküsü olanların birinci derece akrabalarının %20'sinde özkıyım girişimi öyküsü olduğu ve %12,5'inde özkıyım girişimi sonrası ölümün gerçekleştiği saptandı. Bu oranlar özkıyım girişimi öyküsü olmayan grupla benzerlik gösteriyordu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Aile öyküsü ile ilgili ayrıntılı bilgiler tablo 8 de sunulmuştur.

Tablo 8. Özkıyım girişimi aile öyküsü

	Ö.G. (+) n %	Ö.G.(-) n %	p
Birinci derece akrabada İ.G.(+)	8 (%20)	10(%19,6)	>0,05
Birinci derece akrabada İ.G.(-)	32 (%80)	41(%81,4)	>0,05
İkinci derece akrabada İ.G.(+)	4 (%10)	4 (%7,8)	>0,05
İkinci derece akrabada İ.G.(-)	36 (%90)	47 (%92,2)	>0,05
Birinci derece akrabada İ.G. sonrası ölüm(+)	5 (%12,5)	8 (15,6)	>0,05

4.5. Barratt Dürtüsellik ölçeği puanlarının değerlendirilmesi:

Hastalar BIS-11 puanları açısından değerlendirildiğinde, ortalama puanlar açısından özkıyım girişimi öyküsü olan ve olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Fakat, özellikle de toplam BIS 11 puanlarında olmak üzere, tüm BIS 11 puanlarında özkıyım girişiminde bulunanlarda, bulunmayanlara göre daha yüksek puanlar olduğu saptandı. BIS 11 puanları ile ilgili ayrıntılı bilgi tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. BIS 11 puanları dağılımı

		İ.G.(+) (ort)	İ.G.(-) (ort)	P
Barratt dürtüsellik ölçeği puanları	Toplam BIS 11	63,32 ± 11,4	59,07±10,03	>0,05
	Faktör 1(Dikkat)	27,07±4,88	25,39±5,04	>0,05
	Faktör 2(Motor)	19,97±5,27	18,33±4,25	>0,05
	Faktör 3(Plan yapmama)	15,85±4,54	14,76±3,76	>0,05

4.6.Çocukluk çağı travmaları ölçeği puanlarının değerlendirilmesi:

Çocukluk çağı travmaları ölçeği puanlarına bakıldığında, duygusal ihmal hariç tüm puan türlerinde, özkıyım davranışı öyküsü olan grupta, puanların diğer gruba göre daha yüksek olduğu saptandı. Fakat bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı değildi. Tüm BPB hastalarının CTQ-28 toplam ve alt ölçek puanları ölçek için belirlenen üst sınırlardan fazla olduğu belirlendi. CTQ-28 için ayrıntılı veriler tablo10 da sunulmuştur.

Tablo 10. CTQ 28 puanlarının değerlendirilmesi

CTQ-28	İ.G. (+)		İ.G.(-)		P
	Ort.	ss.	Ort.	ss.	
Duygusal ihmal	13,5	3,8	13,9	4,4	>0,05
Fiziksel ihmal	11,6	2,96	10,8	2,1	>0,05
Duygusal kötüye kullanım	12,6	3,39	11,7	2,2	>0,05
Fiziksel kötüye kullanım	9,37	2,55	8,6	1,8	>0,05
Cinsel kötüye kullanım	10,9	3,65	11,11	3,08	>0,05
Ağırlıklı toplam puan	57,8	7,16	56,03	5,77	>0,05
Minimizasyon	0,05	0,22	0,01	0,14	>0,05

4.7.Özkıyım davranışı ölçeği puanlarının değerlendirilmesi:

Özkıyım düşüncesi ölçeği puanları açısından hastalara yapılan değerlendirme sonucunda özkıyım girişiminde bulunan grupta ortalama puan $3,35 \pm 2,13$, özkıyım girişiminde bulunmayan grupta toplam puan $1,09 \pm 1,82$ olarak saptandı. İki değer arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark bulunmaktaydı. Özkıyım davranışı ölçeği ile ilgili veriler tablo 10 da sunulmuştur.

Tablo 11. Özkıyım düşüncesi ölçeği puanları

	Ö.G(+) ort. Ss.	Ö.G. (-) ort. Ss.	p
ÖDÖ	3,35 \pm 2,13	1,09 \pm 1,82	<0,05

5. TARTIŞMA

Majör depresyonla karşılaştırıldığında bipolar bozukluk, mani, depresyon, hipomani, karma dönem gibi psikoza içeren veya içermeyen bazı dönemlerden oluşur. Hastalar bu durumlar arasında geçişler yaptıkları için majör depresyona göre daha sık özkıyım girişimde bulunurlar(106). BPB da özkıyım riskinin %25-50 arasında olduğu tahmin edilmektedir(107).

Biz de yapmış olduğumuz bu çalışmada bipolar bozukluk hastalarımızın %43,9'nun yaşamları boyunca en az 1 kez özkıyım girişimi öyküsü olduğunu saptadık. Bazı hastalarda yaşam boyu birden fazla özkıyım girişimi vardı.

Tamamlanmış özkıyım açısından manik dönemde hastalar düşük risk taşıırken karma ve disforik mani daha yüksek riskle ilişkilidir(109,110). Mani atağı,sadece majör depresyona göre özkıyım girişimi için daha yüksek oranlara sahiptir(111). Majör depresyondaki bireyler BPB I karma döneme göre daha fazla özkıyım niyetine sahiptir(112). Diğer BPB atakları ile karşılaştırıldığında disforik maninin özkıyım için daha fazla risk oluşturması, belki de tedaviye daha az yanıt veren daha uzun epizotlarla ilişkili olmasından kaynaklanıyor olabilir(113,114). Karma atakta ki hastalarda özkıyım riskini artıran olası nedenlerden birisi depresif dönemde yaşanan irritabilite ve gerginlik gibi manik semptomlardır(116). Belki de özkıyım hastanın kendisini bu dayanılmaz durumdan kurtarması için bir seçenektir(119).

Disforik mani BPB alt tipleri arasında tamamlanmış özkıyım açısından en riskli grup olsa da, depresif atak yaşayan BPB hastaları da özkıyım için risk altındadır. Bipolar hastalar, özkıyım girişimlerini depresif olmayan dönemlere göre depresif dönemlerde daha fazla oranda yapmaktadırlar(124). Benzer şekilde BPB'da özkıyım girişiminde bulunan ve tamamlayanlar daha fazla depresif patolojiye sahiptir. Bu ilişki belki de disforik maninin ajite depresyon olarak tanı alıp tedavi edilmesine bağlı olabilir.

Çalışmaya aldığımız hastaların büyük çoğunluğunda özkıyım girişimlerinin depresyon atağı sırasında ve karma atak döneminde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca

hastalık süreci boyunca depresyon atağı ve karma atağı daha sık ortaya çıkmış hasta grubunda özkıyım girişimi öyküsünün daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında mani ataklarının daha sık olduğu grubun özkıyım girişimi öyküsü ile az ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda bipolar bozukluk hastaları arasında karşılaştırma yaptığımızdan literatürde bahsedilen majör depresyon kıyaslamasını yapamadık. Elde ettiğimiz bulgular literatürle uyumluydu.

Ayrıca hastalık boyunca geçirilen atak sayısının fazlalığı ile özkıyım girişimi arasında pozitif ilişki olduğunu belirledik. Bu bağlamda, şiddetli klinik tabloyla seyreden, ataklara psikotik özelliklerin eşlik ettiği hastalarda özkıyım girişimi öyküsünün tam tersi özellikler gösteren gruba göre daha fazla olduğunu belirledik. Bu ilişki istatistiksel olarak da anlamlıydı. Ayrıca ataklar arası dönemlerde belirtilerin kaybolduğu, yani rezidüel belirtilerin olmadığı hastalarda özkıyım girişimi öyküsü daha azdı.

Valproat ve karbamezapin gibi antikonvulzan duygudurum düzenleyicileri disforik hastaların anksiyetelerini ve özkıyım düşüncelerini artırabilir. Bu iddia tartışmaya açıktır (115,116).

Çalışmamızda koruyucu ilaç sağaltımı ile özkıyım girişimi öyküsü açısından anlamlı ilişki saptayamadık. Çalışmaya aldığımız hastaların koruyucu sağaltımı en sık lityum olmak üzere, sonrasında sodyum valproat ve karbamezapin ile sağlanıyordu. Hastalarımızın bir kısmı duygudurum düzenleyici dışında antipsikotik ve antidepresan ilaçlar kullanıyorlardı. Bu gruplar arasında da istatistiksel anlamlı fark yoktu.

BPB'da ki özkıyım riski artışı alkol madde kullanımına veya eşlik eden komorbid bir hastalıkla ilişkili olabilir. BPB I yaklaşık %60 kadarında alkol ve madde kullanımı vardır(117,118). Hızlı döngülü ve disforik mani madde alkol kullanımı için en riskli gruptur.

Çalışmamızda her ne kadar alkol ve madde kötüye kullanan grupta daha fazla özkıyım girişimi öyküsü saptanmış olsa da olası örneklem küçüklüğünün etkisi ve nikotin bağımlılığın çalışmaya dahil edilmemesi nedeniyle iki grup arasında istatistiksel olarak farklılık yoktu.

Majör depresyon dönemleri arasına hipomanik hecmelerin girdiği BPB II bozukluğu hastaları da özkıyım için yüksek riskli gruptadır(120,108).Özkıyım girişimi olan hastalarda BPB II, alkolizm ve şizotipal özellikler yüksek oranda bulunmuştur(120). Hastalar,özkıyım meyilleri açısından sıralandıklarında listenin başında BPB II, MD, BPB I karma atak ve ardından da alkol madde kullanımı gelir(112). Bu verinin elde edildiği çalışma BPB II hastalarının BPB I karma atağına göre özkıyım daha meyilli olduğunu gösteren çalışmalardan birisidir(112). Diğer çalışmalar bu bulgunun aksinin doğru olduğunu belirtse de BPB II alt tipleri özkıyım için daha fazla risk artışı ile ilgili bulunmuştur(121,122).

Çalışmamızda ise yeterli sayıda BPB II hastası çalışmaya alınamamış ve bu konuda istatistiksel olarak anlamlı veri elde edilememiştir.

BPB II'deki yüksek özkıyım riski belki de yanlış tanıya bağlıdır. Belki de bazıları kişilik bozukluğu ve majör depresyon diye yanlış tanı alıyorlardır. Daha önceden belirtildiği gibi bu durumlar özkıyım için yüksek riskli durumlardır(123).

Özkıyım riskinin erken başlangıç yaşıyla ilişkili olduğu daha önce yapılan bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Bir kez bu risk oluştu mu hastalık süresine bakmaksızın bu hastalarda yüksek özkıyım riski söz konusudur(125).

Çalışmamızda özkıyım girişimi öyküsü olan grupla olmayan grup arasında başlangıç yaşı açısından, özkıyım girişimi olan grup lehine küçük bir fark olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmaya aldığımız BPB hastalarından özkıyım girişiminde bulunan grupta cinsiyet açısından farklılık bulunmamıştır. Özkıyım davranışı kadınlarda hafif daha yüksek oranlarda görülmüş olsa da istatistiksel anlamda fark bulunmadığı saptanmıştır.Çoğu çalışmada da özkıyım girişimi ve yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır(126). Çalışmamızın bulguları da bu yöndeydi.

Ailede özkıyım öyküsünün olması ya da çocukluk çağı istismarı BPB da özkıyım için risk faktörü olarak belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada, ailede özkıyım girişimi öyküsü veya çocukluk çağı travması olmayanlarda özkıyım riskinin daha düşük olduğu bulunmuştur(127). Özkıyım girişimi öyküsü veya çocukluk çağı

travmasının herhangi birinin olduğu grupta risk artışı fazla, ikisi de varsa toplam girişim sayısı ve ilk girişim yaşının daha erken olduğu saptanmıştır. İkisinin de pozitif olduğu grupta ilk atak yaşı ve hastaneye yatış için daha fazla risk, ayrıca bordeline kişilik bozukluğu ve madde kullanımının daha fazla, hastalık seyrinin kötü ve özkıyım riskinin artmış olduğu gözlenmiştir. Diğer taraftan aile öyküsü ve çocukluk çağı travması öyküsüne sahip olmayan grubun yarısı da özkıyım girişiminde bulunmuştur(127). Bu veride bize aile öyküsü ve çocukluk çağı travmaları dışında başka faktörlerinde BPB hastalarında özkıyım davranışının ortaya çıkmasında etkisinin olabileceğini göstermektedir.

BPB hastalarının ölüm sebeplerinin %19'u özkıyımdır(128). Birçok çalışmada BPB'da özkıyım davranışı için risk faktörlerini belirlenmiştir. Aile de özkıyım davranışı öyküsünün olması(129-131), çocukluk çağı travması öyküsü(132,133), eşlik eden anksiyete bozukluğunun olması(134,135,136) çelişen veriler olmasına rağmen(137) önemli risk faktörleridir. Evlat edinme, ikiz ve aile çalışmaları özkıyım davranışının ailesel geçiş gösterdiğini bulmuştur(128,138). Genel olarak tamamlanmış özkıyım girişimi olan kişilerin akrabalarında hem girişim hem de tamamlanmış özkıyım eylemi daha fazla bulunmuştur(139). Bu bulgu BPB içinde doğrulanmıştır(140,141).

Duygudurum bozukluklarında başlangıç yaşının erken olması, dürtüsellik ve çocukluk çağı travma öyküsü artmış özkıyım riski ile ilişkilidir(142). Duygudurum bozuklukları için bu bilinse de BPB için yeterince çalışılmamıştır.

Neredeyse erişkin BPB hastalarının yarısında ciddi fiziksel, cinsel ya da her iki çocukluk çağı istismar öyküsü bildirmiştir(133). Çocukluk çağı travmasına sahip BPB hastalarının daha erken yaşta BPB tanısı aldığı, daha fazla eşlik eden eksen I,II,III tanılarına sahip olduğu ve belirgin şekilde daha fazla özkıyım girişiminde buldukları gösterilmiştir(133,143,144,145). Özkıyım davranışına meyilin, psikiyatrik hastalıktan bağımsız olarak geçiş yaptığı ve çocukluk çağı travmasının BPB olan hastalarda özkıyım girişimi riskini artırdığı saptanmıştır(146). Erken çocukluk çağı travması olanlarda BPB daha erken yaşta başlamakta ve daha kötü gidış göstermektedir.(133,143,144,145,146)

Birinci derece akrabası özkıyım ile ölüm öyküsünün olmasının, manik atak başlangıcı için önemli bir stres faktörü olduğu gösterilmiştir(147). Çocuklarına istismarda bulunan ebeveynlerde daha fazla alkol madde kullanımı ve daha fazla özkıyım girişimi olduğu bulunmuştur(148-150). En az 1 ebeveyn de BPB olan ailelerde daha az birliktelik, daha çok çatışma ve iletişim güçlüğü yaşadıkları, bu durumda çocukluk çağı travmasının ortaya çıkması veya birinci derece akraba da özkıyım davranışı ile ilişkisi olabilir(152).

Çalışmamızda ise normal popülasyona göre CTQ-28 ölçeğinde tüm puan gruplarında artış olduğu saptandı. Hem özkıyım girişimi öyküsü olan hem de özkıyım girişimi öyküsü olmayan grupta puanlar Türkiye için (Şar. V) belirlenen kesme puanlarından belirgin olarak yüksekti. Özellikle duygusal ihmal puanlarında ki yükseklik dikkat çekiciydi. Özkıyım girişimi öyküsü olan ve olmayan gruplar CTQ-28 puanları açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamadı. Bunun yanında özkıyım girişimi öyküsü olan grupta CTQ-28 puanları olmayan gruba göre daha yüksek saptandı. İleride yapılabilecek çalışmalardan birisi de BPB hastalarında erken yaşam olayları ve çocukluk çağı travması öyküsünün araştırılması olabilir.

Birinci ve ikinci derece akrabalarında tamamlanmış özkıyım ve özkıyım girişimi öyküsünde her iki grupta da birinci ve ikinci derece akrabalarında özkıyım girişimi öyküsü oranları benzer bulundu. Belki de bu durum BPB hastalarının soygeçmişinde var olan olası artmış duygurum bozukluğu yüklülüğü ve buna bağlı gelişmiş olan özkıyım girişimi öyküsü ile ilişkili olabilir.

Çeşitli klinik popülasyonlarda dürtüsellik özkıyım girişiminde bulunanlarda (51, 52) ve tamamlayanlarda(53) özkıyım girişimi olmayan gruba göre daha yüksek saptanmıştır. Dürtüsellik,BPB ve ilişkili hastalıklara eşlik eder(54,56). Standart sorgulama yöntemlerinde BPB'da ötimi dönemlerinde bile dürtüsellik yüksek bulunmuştur(54).

Özkıyım ve dürtüsellik çalışmaları bunu bir kişilik özelliği olarak ele alır. Bu durumu da dürtüsel agresyon öyküsünden veya özkıyım girişimi indeksini temel

olarak yapar. Objektif davranışsal laboratuvar Performans testleri dürtüselliği ölçmek için kullanılabilir. Bu testlerde eski davranışların hatırlanmasına gerek yoktur. Fakat BIS 11 gibi testler her ne kadar güvenilir olsa da çalışmaya alınan hastaların geçmiş deneyimleri üzerine odaklanır.

Birçok kişi doğal olarak tamamlanandan çok girişimde bulunur ve bu iki grup arasında sosyodemografik farklılıklar bulunmaktadır. Özkıyım kurbanlarının durumuna benzeyen olası özkıyım riski taşıyanlarda bu durumla ilişkili karakteristik riskler çalışılmalıdır(60). Uzunlamasına bir çalışmada özkıyım düşüncelerinin ciddiyetinin olası özkıyım için önemli bir gösterge olduğu saptanmıştır(61). Özkıyım davranışını tamamlayan bipolar hastalarının geçmiş öyküsü sorgulandığında son 7 yıl içinde en az bir girişiminin daha olduğu saptanmıştır(49). Bu nedenle ciddi özkıyım girişimi öyküsü, tamamlanmış özkıyım riski için bir belirteç olabilir. Daha önceden ciddi özkıyım girişimi olan kişilerin objektif olarak ölçülebilen karakteristik özelliklerin varlığı risk altındaki bireyleri tanımlamada faydalı olabilir.

Çalışmamızda özkıyım davranışı ölçeği puanları özkıyım davranışı öyküsü olan grupta istatistiksel olarak anlamlı daha yüksekti. Özkıyım davranışı ölçeği gelecekteki özkıyım niyeti ile ilgili bilgi verebilir. Bu nedenle de özkıyım davranışı öyküsü olan grupta ki yüksek puanlar gelecekte gerçekleşmesi olası özkıyım davranışları için bu grubun belirgin risk altında olduğunu gösterebilir. Bu veri literatürle de uyumludur.

Bir çalışmada özellikle ciddi özkıyım girişimi olan grupta anlık bellek üzerinden saptanan dürtüsel yanıtlar daha yüksek bulunmuştur(71).Dürtüsel yanıtta belirgin kısa gecikme gösteren bireylerde dürtüsellik ve duyarlılığın artmış özkıyım riskiyle ilişki olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar dürtüselliğin geçmiş yada ardından gelecek özkıyım davranışıyla ilişkili olduğunu bildiren eski sonuçlar ile uyumludur(62).

Dürtüsellik klinik durum, entelektüel seviye ve eğitim seviyesi ile ilişkilidir (55,57). Swan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim durumunun geçmiş özkıyım davranışının varlığı, sıklığı ve ciddiyeti ile ilişkisinin olmadığı bulunmuştur. Saf depresyon ya da karma dönemde olan hastaların geçmiş özkıyım girişimlerinin daha ciddi olduğu bulunmuştur.

Burada ciddi özkıyım davranışı ile dürtüsellik arasındaki ilişkinin özgünlüğü konusunda çelişen bir bilgi vardır. Dürtüsellik ölümcül olmayan özkıyım girişimi ile özkıyım jestleri ile ilişkili bulunmuştur(63). Ölüm isteğinin ciddiyeti plan yapma ile ilişkilidir. Plan yapılan daha ölümcül olan özkıyım girişimlerinde dürtüsellik yoktur. Bir karakter özelliği olarak dürtüsellik duygudurum bozukluğu tanısı olan hastalarda daha ciddi özkıyım girişimleri ve tamamlanmış özkıyım ile ilişkili bulunmuştur (64,53). Dürtüsellik,özkıyımameyilli yatan hastaları ve özkıyıma meyilli olmayan yatan hastalardan ayırır(65). Ayrıca özkıyıma meyilli olan depresif hastaları meyilli olmayan depresif hastalardan ayırır(66). Agresyonun kontrolünden sonra bile dürtüsellik özkıyım niyeti ile ilişkili bulunmuştur(67). Özkıyım girişimcileri arasında dürtüsellik 12 aydan daha sonrası için tamamlanmış özkıyım girişimi olasılığını ön görür(53). Bu bulgular özkıyım girişiminin önceden tasarlanmış girişimlerde bile bir miktar disinhibitör faktöre gerek duyduğunu gösterir. Dürtüsellik depresyonla birlikte olduğunda özkıyım riskini artırır(40, 68,69). Depresyondaki hasta özkıyım için gereken aktivasyonu dürtüsellikte bulacaktır.

Önceden tasarlanmış özkıyım girişimleri ile kıyaslandığında dürtüsel girişimlerde daha hafif depresif semptomlar olduğu saptanmıştır(70). Dürtüsel girişimcilerde daha az ölüm beklentisi, daha ciddi girişim yöntemleri seçtikleri belirlenmiştir. Bu da dürtüsellikteki eylem ile niyet arasındaki uyumsuzlukla koreledir (70).

Dürtüsellik ve dürtüsel davranışın ölçümü hayat boyu ciddi özkıyım riskini belirlemede umutsuzluk ve ciddi özkıyım düşüncelerini kadar önemlidir. Bu sonuçlar dürtüsellik BPB’da hayat boyu artmış özkıyım riski ciddiyeti ile ilişkili olduğunu öne sürer. Dürtüsellik ve diğer risk faktörlerinin (ÖR: madde kötüye kullanımı) etkileşmesi ileri inceleme gerektirmektedir. Alkol kötüye kullanımı artmış dürtüsellik ve özkıyım davranışı için risk oluşturur.

Özkıyım girişimi olan ve olmayan BPB hastalarının dürtüsellik açısından değerlendirildiği bir çalışmada BIS-11 ölçeği değerleriözkıyım girişimi olan hastalarda belirgin olarak yükselmemiş ve girişimin ciddiyeti ile ilişkili olmadığı bulunmuştur(71). Yine bazı çalışmalarda da özkıyım girişimi öyküsü olanlarda sürekli dürtüsel performans taslağı ölçümleri yanıtlarında artış, BIS-11 de artış

bulunmamıştır(58,59).BIS-11 puanlarında artış girişimin ciddiyeti ile değil de girişim öyküsü ile ilişkili bulunmuştur(71). Bu nedenle ileride yapılacak çalışmalarda BIS 11 dışında daha objektif ölçüm araçları kullanmakta fayda olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda da BIS-11 puanları arasında özkıyım girişimi öyküsü olan grupla olmayan grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Fakat başta toplam BIS-11 puanı olmak üzere tüm alt tip puanlarında özkıyım girişimi öyküsü olan grubun puanlarının olmayan gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızın bazı önemli kısıtlılıkları bulunmaktadır. Her ne kadar çalışmamız sırasında bilgiler dosya taraması ve birebir görüşme ile elde edilmiş olsa da hastaların özbilgilendirmesine dayalı olması ve yıllar önce geçirilmiş özkıyım girişimlerine dair bazı bilgilerin güvenilirliği bir miktar da olsa sorgulanmalıdır. Hasta sayımızın azlığı nedeniyle bu bulguların tüm BPB hastalarına genellenmesi doğru olmayacaktır. Ayrıca BPB II hastalarımızın az olması nedeniyle bu hastalarla ilgili yeterli bilgi edinmemizi engellemiştir. Ayrıca çocukluk çağı travmalarıyla ilgili sağlıklı kontrol grubunun olmaması BPB için CTQ-28 kesme puanlarını tespit etmemizi engellemiştir. Dürtüsellik ve çocukluk çağı travmalarının değerlendirilmesinde sadece ölçek kullanılmış olması da çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır.

Özetle özkıyım girişiminde bulunan ve bulunmayan BPB hastalarının olası özkıyım risk faktörlerini saptamak amacıyla, sosyodemografik, klinik özellikler , çocukluk çağı travmaları ve dürtüsellik gibi çeşitli alanlarda farklılık olup olmadığını değerlendirmek için yaptığımız bu çalışmada bazı alanlarda farklılık bulduk. Literatürle uyumlu olarak, hastalık süresince depresyon atağı fazla olanlarda, daha fazla karma atak geçirenlerde ve nispeten daha dürtüsel olan hastalarda özkıyım girişimi öyküsünün daha fazla olduğunu saptadık. Bunun yanında ilk atakta olan hastalarda özkıyım girişimi sayısının fazla olduğunu saptadık. Bu açıdan bahsedilen özellikleri taşıyan grupta özkıyım davranışı için risk artışı olduğu akılda tutulmalıdır.

Çalışmamızda ne cinsel ne duygusal ne de fiziksel istismar, ihmal ile özkıyım arasında ilişki bulunmamıştır. Erken stresörlere sosyal destek yetersizliği,

genetik ve ailesel değişkenlere göre özkıyım ile daha ilişkili bulunmuştur. Preklinik ve klinik bulgular erken yaşam olaylarının strese dayanıklılığı azalttığını ve erişkin yaşamda ortaya çıkabilecek affektif hadiselere eğilim yarattığını bulmuşlardır(Leverich). Bu durumun tam aksini bildiren çalışmalarda yayınlanmıştır.

Daha önceki depresif atakların sayısının özkıyım girişimi olanlarda çok daha fazla olduğu yapılan çalışmalarla birçok kez bildirilmiştir(72).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. BPB hastaları yaşamları boyunca ciddi oranlarda özkıyım girişimi ve ölümlerle sonuçlanan özkıyım girişimi riski altındadır.
2. Çalışmamıza 52 kadın, 39 erkek olmak üzere toplam 91 hasta alındı. Hastaların ortalama yaşı $36,67 \pm 10,49$ 'du.
3. Hastaların 85'i BPB I, 6'sı BPB II tanıları ile izleniyordu.
4. Kadın hastaların 25'inde (%48), erkek hastaların 15'inde (%38,4) özkıyım davranışı öyküsü vardı.
5. Özkıyım girişimi öyküsü olan grupta ortalama hastalık süresi 11,83, olmayan grupta 11,61 yıldır.
6. Özkıyım için en sık kullanılan yöntem aşırı ilaç alımıydı.
7. Özkıyım davranışı açısından sosyodemografik veriler açısından farklılık yoktu.
8. Özkıyım davranışı öyküsü olan ve olmayan gruplar arasında özkıyım davranışı için aile yükünlüğü oranları birbirine benzerdi.
9. Özkıyım davranışı olan ve olmayan grup arasında eş tanılar açısından istatistiksel farklılık yoktu.
10. Özkıyım davranışının daha çok hastalığın ilk ataklarında olduğu belirlendi.
11. Özkıyım davranışının daha çok hastalığı depresyon ve karma ataklarla giden hastalarda daha sık oranlarda görüldüğü belirlendi.
12. Özkıyım davranışının hastalığın rezidüel belirtileri, atakların psikotik özelliği ve şiddeti ile ilişkili olduğu belirlendi.
13. Özkıyım davranışı en sık depresyon atağında, sonrasında karma atakta ve en az olarak da mani atağında olduğu belirlendi.
14. Özkıyım davranışı üzerine koruyucu sağaltımda seçilen ilaçların istatistiksel olarak anlamlı derecede etkisi yoktu.

- 15.** Barratt dürtüsellik ölçeği puanları açısından özkıyım davranışı olan grupta özellikle toplam puan da artış olduğu saptanmış olsa da iki grup arasında istatiksel anlamlı fark yoktu.
- 16.** Çocukluk çağı travmaları ölçeği puanları arasında özkıyım davranışı öyküsü olan ve olmayan grup arasında istatiksel anlamlı fark yoktu.
- 17.** Özkıyım davranışı ölçeği puanları özkıyım davranışı olan grupta istatiksel anlamlı düzeyde özkıyım davranışı olmayan gruba göre daha yüksekti.
- 18.** BPB'da mortalitenin önemli nedenlerinden birisi olan özkıyım davranışını çeşitli açılardan değerlendiren bir çok çalışma yapılmıştır. Özkıyım davranışı için risk faktörlerinin belirlenmesi bir hastalık grubunda özkıyım davranışı girişiminde bulunan ve bulunmayan grupların farklılıklarının gösterilmesiyle belirlenebilir.
- 19.** Risk faktörlerinin belirlenmesiyle özkıyım davranışının önceden öngörülebilmesi ve engellenmesi ilerde yapılacak çalışmaların verileri ile sağlanabilir.

7. Kaynaklar:

1. **Angst J, Sellaro R.** Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry*.
2. **Amerikan Psikiyatri Birliği.** Mental bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı, Yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM IV –TR). Washington D.C. , 2000 den çeviri editörü: Köroğlu E.,*Hekimler Yayın Birliği*, Ankara.**2001**
3. **Sadock BJ, Sadock VA.** Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı, Ankara: *Güneş Kitabevi*, **2007**
4. **Bellivier F, Goldmard JL, Rietschel M, Schulze TG, Malafosse A, Preisig M, McKeon P, Mynett-Johnson L, Henry C, Leboyer M.** Age at onset in bipolar I affective disorder: further evidence for three subgroups. *Am J Psychiatry* **2003**;160:999-1001
5. **Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Arvilommi P, Leppamaki S, Paunio T, Isometsa E.** Early age onset of bipolar disorder associated with more severe clinical features but delayed treatment seeking. *Bipolar Disord***2007**;9:698-705
6. **Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, Delbello MP, Bowden CL, Sachs GS, Nierenberg AA.** Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry***2004** ;55: 875-881
7. **Ernst CL, Goldberg JF.** Clinical features related to age at onset bipolar disorder. *J Affect Disord***2004**;82:21-27
8. **Jairam R, Srinath S, Grimaji SC, Seshadri SP.** A prospective 4-5 year follow up of juvenile onset bipolar disorder. *Bipolar disord***2004**; 6:386-384
9. **Işık E.** Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, İstanbul: *Görsel Santalar Basımevi*, **2003** : 467-540

10. **Güleç C., Köroğlu E.**, Psikiyatri Temel Kitabı. *Hekimler Yayın Birliği, Ankara*. Cilt 1 , **1997**:429-448
11. **Oral T.** İki uçlu bozukluk, cilt 5, WPA serisi, *CSA Medikal Yayın Ajansı*, **2002**:1-188
12. **Bebbinton P, Ramana R.** The epidemiology of bipolar disorder. *Soc Psychiatry Epid*, **1995**;30:279-292
13. **Liebenluft E.** Women with bipolar illness: clinical and researc issues. *Am J Psychiatry* **1996**;153:162-173
14. **Viguera AC, Tondo L, Baldessarini RJ.** Sex differences in response to lithium treatment. *Am J Psychiatry***2000**; 157:1509-1511
15. **Luborsky L.** Clinicians' judgements menthal haelth. *Arch Gen Psychiatry***1962**;7:401-417
16. **Begely CE, Annegers JF, Swann AC.** The lifetime cost of bipolar disorder in the United States: an estimate base on incidence and course of illness. *Pharmacoeconomics***2001**; 19:483-495
17. **Winokur G., Turvey C, Akiskal HS, Coryell W, Solomon D, Leon A, Mueller T, Eindcott J, Maser J, Keller M.** Alcolism and drug abuse in three groups-bipolar I, unipolars and their acquaintances. *J Affect Disord***1998**; 50: 81-89
18. **Schou M.** The effect of prophylactic treatment on mortality and suicidal behavior : a review for clinicans. *J .Affect Disord***1998**; 50: 253-259
19. **Simpson SG, Jamison KR.** The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(suppl 2): 53-56
20. **Ceylan ME, Oral T.** Duygudurum bozuklukları. *Birinci baskı*. İstanbul, 2001.

21. **Mc Elror SL, Keck PE, Pope HG.** Clinical research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *American J Psychiatry* 1992; 149: 1633-1644

22. **Soares JC.** Recent advances in the treatment of bipolar mania, depression, mixed states and rapid cycling. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; 15: 183-196

23. **Oquendo MA and et al.** Suicidal behavior in bipolar mood disorder clinical characteristics of attempters and non attempters. *J Affect Disord* 2000; 59: 110-117

24. **Akiskal HS, HAntouche EG, Bourgeois ML, Azorin JM, Sechter D, Allilaire JF, Lancrenon S, Fraud JP, Chatenet-Duchene L.** Gender, temperament and clinical Picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN) . *J Affect Disord* 1998; 50: 175-186

25. **Bebbinton P, Ramana R.** The epidemiology of bipolar disorder. *Soc Psychiatry Epid* 1995; 30: 279-292

26. **Dilsaver SC, Swan AC, Shoaib AM, Bowers TC, Halle MT.** Depressive mania associated with non response to antimanic agents. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1548-1551

27. **Perugi G, Akiskal HS, Micheli C, Musatti L, Paiano A, Quilici C, Rossi L, Cassano GB.** Clinical subtypes of bipolar mixed states: validating a broader European definition in 143 cases. *J. Affect. Disord* 1997; 43: 169- 180.

28. **Goldberg JF, Gamo JL, Leon AC, Kocsis JH, Poetera L.** Association of recurrent suicidal ideation with nonremission from acute mixed mania. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1753-1755

29. **Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A, Dougherty DM, Moeller FG.** Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2003; 73:105-111.

30. **Swann AC, Anderson JC, Dougherty DM, Moeller FG.** Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2001; 101:195-197.

31. . **Corruble E, Damy C, Guelfi JD.** Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *J Affect Disord* **1999**; 53:211-215.
32. **Swann AC, Moeller FG, Steinberg JL, Schneider L, Barratt ES, Dougherty DM.** Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disord* **2007**; 9:206-212.
33. **Patton JH, Stanford MS, Barratt ES.** Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* **1995**; 51:768-774.
34. **Harmon-Jones E, Barratt ES, Wigg C.** Impulsiveness, aggression, reading, and the P300 of the event-related potential. *Pers Individ Dif* 1997; 22:439-445.
35. **Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC.** Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* **2001**; 158:1783-1793.
36. **Sunohara GA, Malone MA, Rovet J, Humphries T, Roberts W, Taylor MJ.** Effect of methylphenidate on attention in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): ERP evidence. *Neuropsychopharmacology* **1999**; 21:218-228.
37. **Manuck SB, Flory JD, McCaffery JM, Matthews KA, Mann JJ, Muldoon MF.** Aggression, impulsivity, and central nervous system serotonergic responsivity in a nonpatient sample. *Neuropsychopharmacology* **1998**; 19:287-299.
38. **Swann AC, Koslow SH, Katz MM, Maas JW, Javaid J, Secunda SK, et al.** Lithium carbonate treatment of mania: cerebrospinal fluid and urinary monoamine metabolites and treatment outcome. *Arch Gen Psychiatry* **1987**; 44:345-354.
39. **Barratt ES, Patton JH.** Impulsivity: cognitive, behavioral and psychophysiological correlates, in biological basis of sensation-seeking, impulsivity, and anxiety. Edited by Zuckerman M., Hillsdale NJ, *Lawrence Erlbaum Associates*, **1983**, pp 77-122
40. **Mann JJ, Wateraux C, Haas GL, Malone KM:** Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* **1999**; 156: 181-189

41. **Evenden J:** Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings. *J Psychopharmacol* **1999**; 13:180-192
42. **Bechara A , Adamasio H, Tranel D, Damasio AR,:**Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. *Science***1997**; 275: 1293-1295
43. **Virkkunen M, Linnolia M:** Brain serotonin, type II alcoholism and impulsive violence. *J Stud Alcohol Suppl.* **1993**; 11: 163-169
44. **Barratt ES, Stanford MS, Dowdy L, Liebman MJ, Kent TA.** Impulsive and premeditated aggression: a factor analysis of self reported acts. *Psychiatry Res.***1999**; 86: 163-173
45. **Jamison KR:** Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry***2000**; 61(suppl 9):47–51
46. **Bronisch T, Wittchen HU:** Suicidal ideation and suicide attempts: comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci***1994**; 244:93–98,
47. **Fawcett J:** Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Ann NY Acad Sci***2001**; 932:94–102,
48. **Hoyer EH, Olesen AV, Mortensen PB:** Suicide risk in patients hospitalised because of an affective disorder: a follow-up study, 1973–1993. *J Affect Disord***2004**; 78:209–217,
49. **Tsai SY, Kuo CJ, Chen CC, Lee HC:** Risk factors for completed suicide in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry***2002**; 63:469–476,
50. **Himmelhoch JM:** What destroys our restraints against suicide? *J Clin Psychiatry***1988**; 49(Sept suppl):46–52,

51. **Pezawas L, Stamenkovic M, Jagsch R, Ackerl S, Putz C, Stelzer B, Moffat RR, Schindler S, Aschauer H, Kasper S:** A longitudinal view of triggers and thresholds of suicidal behavior in depression. *J Clin Psychiatry* **2002**; 63:866–873
52. **Lejoyeux M, Arbaretaz M, McLoughlin M, Ades J:** Impulse control disorders and depression. *J Nerv Ment Dis* **2002**; 190:310–314
53. **Maser JD, Akiskal HS, Schettler P, Scheftner W, Mueller T, Endicott J, Solomon D, Clayton P:** Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? a 14-year prospective study. *Suicide Life Threat Behav* **2002**; 32:10–32
54. **Swann AC, Anderson JC, Dougherty DM, Moeller FG:** Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. *PsychiatryRes* 2001; 101:195–197
55. **Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A, Dougherty DM, Moeller FG:** Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2003; 73:105–111
56. **Allen TJ, Moeller FG, Rhoades HM, Cherek DR:** Impulsivity and history of drug dependence. *Drug Alcohol Depend* 1998; 50: 137–145
57. **Barratt ES, Patton JH:** Impulsivity: cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates, in *Biological Basis of Sensation- Seeking, Impulsivity, and Anxiety*. Edited by Zuckerman M. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, **1983**, pp 77–122
58. **Horesh N:** Self-report vs computerized measures of impulsivity as a correlate of suicidal behavior. *Crisis* 2001; 22:27–31
59. **Dougherty DM, Mathias CW, Marsh DM, Papageorgiou TD, Swann AC, Moeller FG:** Laboratory-measured behavioral impulsivity relates to suicide attempt history. *Suicide Life Threat Behav* **2004**; 34:374–385
60. **Lester D, Beck AT, Trexler L:** Extrapolation from attempted suicides to completed suicides. *J Abnorm Psychol* **1975**; 84:563–566

61. **Beck AT, Brown GK, Steer RA:** Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behav Res Ther*1997; 35:1039–1046
62. **Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ:** Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *Am J Psychiatry*2000; 157:601–608
63. **Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Basurte E, Prieto R, Ceverino A, Saiz-Ruiz J, de Leon J:** A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:560–564
64. **Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT:** Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide Life Threat Behav*1999; 29:37–47
65. **Horesh N, Rolnick T, Iancu I, Dannon P, Lepkifker E, Apter A, Kotler M:** Anger, impulsivity and suicide risk. *Psychother Psychosom*1997; 66:92–96
66. **Corruble E, Damy C, Guelfi JD:** Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *J Affect Disord*1999; 53:211–215;
67. **Horesh N, Gothelf D, Ofek H, Weizman T, Apter A:** Impulsivity as a correlate of suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *Crisis*1999; 20:8–14
68. **Apter A, Plutchik R, van Praag HM:** Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiatr Scand*1993; 87:1–5
69. **Baumeister RF:** Suicide as escape from self. *Psychol Rev*1990; 97:90–113
70. **Simon TR, Swann AC, Powell KE, Potter LB, Kresnow M, O'Carroll PW:** Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav*2001; 32(suppl 1):30–41
71. **Swann C, Donald M, Peggy J:** Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*2005; 162: 1680-168

72. **Fagiolini A. Et al.** Suicide attempts and ideation in patients with bipolar I disorder: *J Clin Psychiatry*; **2004**: 509-513
73. **Perugi G, Micheli C, Akiskal HS, Madaro D, Socci C, Quilici S, Musatti L.** Polarity of the first episode, clinical characteristics and course of manic depressive illness: a systematic retrospective investigation of 320 bipolar I patients. *Compr Psychiatry* **2000**; 41: 13-18
74. **Black DW, Winokur G, Nasrallah A (1988)** Effect of psychosis on suicide, risk in 1593 patients with unipolar and bipolar affective disorders. *Am J Psychiatry*, 7:849-880
75. **Barraclough B, Bunch J, Nelson B et al.:** One hundred cases of suicide : clinical aspects. *Br. J Psychiatry* **1974**; 125: 355-373
76. **Dorpat TL, Ripley HS:** A study of suicide in the Seattle Area. *Compr. Psychiatry* **1960**: 1: 349-359
77. **Shaffer D et al.** Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arc Gen Psychiatry* **1996**; 53: 339-348
78. **Robins E, Murphy GE et al. :** Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* **1959**: 49: 888-889
79. **Rich CL, Fowler RC, Fogarty LA, et al.** San Diego suicide study, III: relationships between diagnosis and stressors. *Arch Gen Psychiatry* **1988**: 45: 588-592
80. **Isometsa E, Heikkinen ME, Marttunen MJ, et al:** Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide. *BMJ*; 1955a: 310: 1366-1367
81. **Drake RE, Bartels SJ, et al. :** Suicide in schizophrenia : clinical approaches, in depression in schizophrenics. *New York Plenum*. **1989**: pp 171-186
82. **Murphy GE:** Suicide and substance abuse. *Arch Gen Psychiatry* ; **1988**: 45: 593-594

83. **Murphy GE:** The life time risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*;1990;47:383-392
84. **Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, et al:** Multiple risk factors predict suicide in alcoholism; **1992**:49:459-463
85. **Frances A, Fyrer M, Clarkin J:** Personality and suicide; *Ann NY acad Sci*;1986: 281-293
86. **Azorin JM, Kaladjian A, Adida M et al.** Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: findings from a French National Cohort; *Comprehensive Psychiatry*;2009: 115-120
87. **Oquendo MA, Galfavly H, Russo S, et al.** Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry*; **2004**: 1433-1441
88. **Beck AT, Weissman A, Lester D.** Classification of suicidal behaviors, II: dimensions of suicidal intent. *Arch Gen Psychiatry*; **1976**: 835-837
89. **Stengel E:** Suicide and Attempted Suicide. Harmondsworth, Middlesex, UK, C Nicholls;1973
90. **Alec R (2000)** Psychiatric Emergencies. Suicide. BJ Sadock, VA Sadock (Ed), Comprehensive Textbook of Psychiatry, 2. Cilt, 8. Baskı, Philadelphia, Williams & Wilkins, 2031-2040.
91. **Roy A. :**Family history of suicide. *Arch Gen Psychiatry*;1983: 971-974
92. **Roy A, Segal NL, Sarchiapone M:** Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry*;1991: 48:29-32
93. **Mann JJ, Brent Da, Arango V:** The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus of the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*;2001. 24: 467-477

94. **Zill P, Burttner A, Eisenmenger VV, et al.** Single nucleotid polymorphism and haplotype analysis of a novel tryptophan hydroxylase isoform gene in suicide victims. *Biol Psychiatry* **2004**; 56: 581-586
95. **Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, et al.** Charactesitics of borderline personality disorde associated with suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. **1997**;154: 1715-1719
96. **Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, et al.** Familial pathways to early on set suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-diorderd suicide attempters. *Arc Gen Psychiatry*. **2002**; 59: 801-807
97. **Ono H, Shirakawa O, Kitamura N, et al.** Tryptophan hydroxylase immunoreactivity is altered by the genetic variation in postmortem brain samples of both suicide victims and controls. *Mol Psychiatry*. **2002**; 7: 1127-1132
98. **Oqeundo MA , Placidi GP, Malone KM, et al.** Positron emission tomography of regional brain metabolic response to a serotonergic challeng and lethality of suicide attempts in majör depression. . *Arc Gen Psychiatry*. **2003**;60:14-2
99. **Malone KM, Corbitt EM, Li S, et al.** Prolactin response to fenfluramine and suicide attemp lethality in majör depression. *Br. J Psychiatry*. **1996**;168:324-329
100. **Caroll BJ, Feinberg M, Greden JF, et al.** A specific laboratory test for diagnosis of melancholia: satandardization, validation, and clinical utiliy. *Archives of General Psychiatry*. **1981**;38:15-22
101. **Chang, E. C. (2002)** Predicting suicide ideation in an adolescent population: Examining the role of social problem solving as a moderator and a mediator. *Personality and Individual Differences*, 32 (7), 1279-1291.
102. **Sar V, Taycan O, Bolat N, Ozmen M, Duran A, OztUrK E, et al.** Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology* **2010**;43(1):33-40.

103. **Sar V, Islam S, Ozturk E.** Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiat Clin Neurosci* **2009**;63(5):670-7.
104. **Thombs BD, Bernstein DP, Lobbestael J, Arntz A.** Validation study of the Dutch Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: factor structure, reliability, and known-groups validity. *Child Abuse Negl* **2009**;33(8):518-23.
105. **Sar et al.** Validity and reliability of the Turkish version of the childhood trauma questionnaire. *Pediatric and Adult Mental Health and Diseases*.**2012**
106. **Nierenberg A., Stephen MA., Grey B.** Mood disorder and suicide. *J. Clin Psychiatry***2001**;62:27-30
107. **Robins LN, Regier DA, eds.** Psychiatric disorder in America: The epidemiologic Catchment area study. New York, NY: free press:**1991**
108. **Amsterdam JD, Garcia Espana F, Fawcett J et al.** Efficacy and safety of fluoxetine in treating bipolar II depressive episodes. *J Clin Psychopharmacol***1998**;18:435-440
109. **Dilsaver SC, Yhan Who C, Swann AC, et al.** Suicidality in patients with pure and depressive mania. *Am J Psychiatry* **1994**;151:1312-1315
110. **Goldberg JF, Garno JR, Portera L., et al.** Correlates of suicidal ideation in dysphoric mania. *J Affect Disord* **1999**;57:75-81
111. **Kessler RC, Bergers G, Walters EE.** Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry***1999**;56:617-626
112. **Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J, et al.** Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorder. *J Clin Psychiatry***1990**;60:63-69
113. **Keller MB, Lavori PW, Coryell W et al.** Differential outcome of pure manic, mixed/cycling, and pure depressive episodes in patients with bipolar illness. *Jama***1986**;144:96-98

114. **Prien RF, Himmelhoch JM, Kupfer DJ.** Treatment of mixed mania. *J of Affect Disord.* **1988**;15:9-15
115. **Clothier J., Swann AC, Freeman T.** Disphoric mania. *J Clin Phsycofarmacol.***1992**;12:13s-16s
116. **Mc Elroy SL, Keck PR Jr, Pope HG Jr, et al.** Clinical and researh implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *Am J Psychiatry* **1992**;149:1633-1644
117. **Himmelhoch JM, Mulla D, Neil JF, et al.** Incidence and significance of mixed affective states in a bipolar population. *Arch Gen Psychiatry***1976**;33:1062-1066
118. **Sonne SC, Brady KT.** Substance abuse and bipolar comorbidity. *Psychiatr Clin North Am* **1999**;22:17s-22s
119. **Goodwin FK, Jamisson KR.** Manic-depressive illness. New York, NY *Oxford University Press*;**1990**
120. **Bulik CM, Carpenter LL, Kupfer DJ, et al.** Features associated with suicide attempts in recurrent majör depression. *J Affect disord.* **1990**;18:29-27
121. **Lester D.** Suicidal behavior in bipolar and unipolar affective disorders:a meta analysis. *J Affect Dísord.* 1993;27: 117-121
122. **Vieta E, Benabarre A, Colom F, et al.** Suicidal behavior in bipolar I and bipolar II disorder. *J Nerv Ment Dis* **1997**;185:407-409
123. **Ahrens B, Berghofer A, Wolf T, et al.** Suicide attempts, age and duration of illness in recurent affective disorder. *J Affect Disord.***1995**;36:43-49
124. **Rihmer Z., Rutz W, Pihlgren H, et al.** Depression and suicide on Gotland. *J Affect Disord.***1995**;35:147-152

125. **Rihmer Z, Pestalicy P.** Bipolar II disorder and suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am.* 1999;22:667-673
126. **Valtonen H.** Suicidal behaviour in bipolar disorder. Helsinki: *National Public Health Institute*; 2007
127. **J.J. Carballo et al.** / *Journal of Affective Disorders* 109 (2008) 57–63
128. **Goodwin, F.K., Jamison, K.R., 2007.** Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression, 2nd Edition. *Oxford University Press, New York, NY.*
129. **Galfalvy, H., Oquendo, M.A., Carballo, J.J., Sher, L., Grunebaum, M.F., Burke, A., Mann, J.J., 2006.** Clinical predictors of suicidal acts after major depression in bipolar disorder: a prospective study. *Bipolar. Disord.* 8, 586–595.
130. **Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., Harriss, L., 2005.** Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J. Clin. Psychiatry* 66, 693–704.
131. **Slama, F., Bellivier, F., Henry, C., Rouseva, A., Etain, B., Rouillon, F., Leboyer, M., 2004.** Bipolar patients with suicidal behavior: toward the identification of a clinical subgroup. *J. Clin. Psychiatry* 65, 1035–1039.
132. **Garno, J.L., Goldberg, J.F., Ramirez, P.M., Ritzler, B.A., 2005.** Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br. J. Psychiatry* 186, 121–125.
133. **Leverich, G.S., Altshuler, L.L., Frye, M.A., Suppes, T., Keck Jr., P.E., McElroy, S.L., Denicoff, K.D., Obrocea, G., Nolen, W.A., Kupka, R., Walden, J., Grunze, H., Perez, S., Luckenbaugh, D.A., Post, R.M., 2003.** Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J. Clin. Psychiatry* 64, 506–515.
134. **Dilsaver, S.C., Akiskal, H.S., Akiskal, K.K., Benazzi, F., 2006.** Dose response relationship between number of comorbid anxiety disorders in adolescent bipolar/unipolar disorders, and psychosis, suicidality, substance abuse and familiarity. *J. Affect. Disord.* 96 (3), 249–258.

135. **Simon, N.M., Zalta, A.K., Otto, M.W., Ostacher, M.J., Fischmann, D., Chow, C.W., Thompson, E.H., Stevens, J.C., Demopulos, C.M., Nierenberg, A.A., Pollack, M.H., 2007a.** The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. *J. Psychiatr. Res.* 41 (3-4), 255–264.
136. **Simon, N.M., Pollack, M.H., Ostacher, M.J., Zalta, A.K., Chow, C.W., Fischmann, D., Demopulos, C.M., Nierenberg, A.A., Otto, M.W., 2007b.** Understanding the link between anxiety symptoms and suicidal ideation and behaviors in outpatients with bipolar disorder. *J. Affect. Disord.* 97 (1-3), 91–99.
137. **Nakagawa, A., Grunebaum, M.F., Sullivan, G.M., Currier, D., Ellis, S.P., Burke, A.K., Brent, D.A., Mann, J.J., Oquendo, M.A., 2008.** Comorbid anxiety in bipolar disorder: does it have an independent effect on suicidality? *Bipolar Disorders* 10, 530–538.
138. **Brent, D.A., Mann, J.J., 2005.** Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am. J. Med. Genet. C. Semin. Med. Genet.* 133, 13–24.
139. **Brent, D.A., Oquendo, M.A., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Brodsky, B., Bridge, J., Ellis, S., Salazar, J.O., Mann, J.J., 2002.** Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Arch. Gen. Psychiatry* 59, 801–807.
140. **Tsai, S.Y., Lee, J.C., Chen, C.C., 1999.** Characteristics and psychosocial problems of patients with bipolar disorder at high risk for suicide attempt. *J. Affect. Disord.* 52, 145–152.
141. **Tsai, S.Y., Kuo, C.J., Chen, C.C., Lee, H.C., 2002.** Risk factors for completed suicide in bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry* 63, 469–476 63
142. **Mann, J.J., Bortinger, J., Oquendo, M.A., Currier, D., Li, S., Brent, D.A., 2005.** Family history of suicidal behavior and mood disorders in probands with mood disorders. *Am. J. Psychiatry* 162, 1672–1679.
143. **Goldberg, J.F., Garno, J.L., 2005.** Development of posttraumatic stress disorder in adult bipolar patients with histories of severe childhood abuse. *J. Psychiatr. Res.* 39, 595–601.

144. **Garno, J.L., Goldberg, J.F., Ramirez, P.M., Ritzler, B.A., 2005.** Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br. J. Psychiatry* 186, 121–125.
145. **Brown, G.R., McBride, L., Bauer, M.S., Williford, W.O., 2005.** Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: a replication study in U.S. veterans. *J. Affect. Disord.* 89, 57–67.
146. **Post, R.M., Leverich, G.S., 2006.** The role of psychosocial stress in the onset and progression of bipolar disorder and its comorbidities: the need for earlier and alternative modes of therapeutic intervention. *Dev. Psychopathol.* 18, 1181–1211.
147. **Kessing, L.V., Agerbo, E., Mortensen, P.B., 2004.** Major stressful life events and other risk factors for first admission with mania. *Bipolar. Disord.* 6, 122–129.
148. **Baca-Garcia, E., Parra, C.P., Perez-Rodriguez, M.M., Diaz-Sastre, C., Torres, R.R., Saiz-Ruiz, J., de Leon, J., 2007a.** Psychosocial stressors may be strongly associated with suicide attempt. *Stress and Health* 23, 191–198.
149. **Roberts, J., Hawton, K., 1980.** Child abuse and attempted suicide. *Br. J. Psychiatry* 137, 319–323.
150. **Chaffin, M., Kelleher, K., Hollenberg, J., 1996.** Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse Negl.* 20, 191–203.
151. **Chang, K.D., Blasey, C., Ketter, T.A., Steiner, H., 2001.** Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar. Disord.* 3, 73–78.
152. **Romero, S., Delbello, M.P., Soutullo, C.A., Stanford, K., Strakowski, S.M., 2005.** Family environment in families with versus families without parental bipolar disorder: a preliminary comparison study. *Bipolar. Disord.* 7, 617–622.

8.EKLER

8.1. EK 1 : Bilgilendirme ve onam formu

8.2. EK 2 : Veri toplama formu

8.3 EK 3 : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)

8.4. EK 4 : Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11)

8.5. EK 5 : Özkıyım Davranışı Ölçeği

ÇÜTF PSİKİYATRİ ABD BİPOLAR BOZUKLUK BİRİMİNDE İZLENEN HASTALARDA İNTİHAR DAVRANIŞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Bipolar bozukluk toplumda yaygın olarak görülen bir hastalıktır. Bipolar bozukluk hastalarında intihar mortalitenin önemli nedenlerinden biridir. Bipolar bozuklukta intihar davranışının özelliklerinin belirlenmesi riskli hastalarda koruyucu önlemlerin alınabilmesine yardımcı olur.

Prof. Dr. Nurgül Özpoyraz ve Arş. Gör. Dr. Kerim Uğur tarafından yürütülmekte olan bu çalışma, Bipolar Bozukluk Biriminde ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalarda intihar davranışının değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

Araştırma sonuçları bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olurda sözlü olarak karşılanacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki bölüme adınızı ve soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız.

YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE KLİNİK GÖRÜŞME VE
PSİKOLOJİK TESTLERİN UYGULANMASINI KABUL EDİYORUM.

ADI SOYADI:

TARİH:

İMZA:

**Ç.Ü. TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ
ANABİLİM DALI BİPOLAR
BOZUKLUK BİRİMİ HASTA
KAYIT VE İZLEM FORMU**

1. ADI SOYADI:.....HASTANE PROT
NO:.....

2. BİPOLAR DOSYA NO:.....POLİKLİNİK DOSYA
NO.....

3. KLİNİK DOSYA NO.....TARİH:

ADRES:.....

..... MEMLEKETİ:

TELEFON:.....

DR.....BP PLK BAŞLANGIÇ

TARİHİ.....

GELİŞ BİÇİMİ: 1.kendi isteğiyle 2.yakınınisteğiyle/zorla 3.resmi yazı
ile 4.adli vaka

SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

4. CİNSİYET 1.kadın 2.erkek

5. DOĞUM

TARİHİ.....

6. EĞİTİM 1.yok 2.okur-yazar 3.ilkokul 4.ortaokul 5.lise
6.üniversite

7. MESLEK

- 1.işsiz2.ücretli(işçi,memur)3.öğrenci 4.ev kadını 5.emekli 6.çiftçi
7.serbest
8. ÇALIŞABİLİRLİK 1.çalışıyor/öğrenci/ev hanımı 2.çalışmıyor
9. MEDENİ DURUM 1.evli 2.bekar 3.dul/boşanmış/ayrı
yaşıyor
10. ÇOCUK SAYISI.....
11. SOSYO EKONOMİK DÜZEY 1.alt 2.orta-alt 3.orta-üst 4.üst
12. SOSYAL GÜVENCE 1.var 2.yok
13. YAŞADIĞI YER 1.kent 2. ilçe 3.köy
14. YAŞADIĞI AİLE 1.çekirdek 2.geniş 3.yalnız
- 15.SOSYAL DESTEK 1.var 2.yok 3.yetersiz
16. KARDEŞ SAYISI.....

AİLE ÖYKÜSÜ

17. AİLEDE HASTALIK ÖYKÜSÜ 1.VAR 2.YOK
18. BİRİNCİ DERECE AKRABALARDA(kardeş-anne-baba) 1.VAR
2.YOK
19. 1. bp 2.mdd-up 3.skz 4.skzaff 5.alkol-madde kötü
kul
6.alkol-madde bağ 7.okb 8.panik boz 9.yab 10. yeme boz
11.özkıym girişimi 12.özkıym la ex
13.diğer.....
20. İKİNCİ DERECE AKRABALARDA (teyze-amca-hala-dayı ve çocukları) 1.VAR
2.YOK
21. 1. bp 2.mdd-up 3.skz 4.skzaff 5.alkol-madde kötü
kul 6.alkol-madde bağ 7.okb 8.panik boz 9.yab
10. yeme boz

- 11.özkıymgirişimi 12.özkıymıla ex
13.diğer.....
- 22.AİLEDETİBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ 1.VAR 2.YOK
23. 1.ht 2.dm 3.kvh 4.svh 5.yağ metabolizma boz
6.obezite 7.diğer.....

ÖZGEÇMİŞ

24. TIBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ 1.VAR 2.YOK
25. 1.ht 2.dm 3.kvh 4.obezite 5.tiroid
6.epilepsi 7.kafa travması 8.febril konvulsiyon 9.diğer
(sistemlerle ilişkili geçirilen hastalık ve tedavi öyküleri kısaca yazılacak)

26. ADET SİKLUSLARI

1. Düzenli 2.Düzensiz 3. Menapozda (yaşı:.....)

27.DOĞUM KONTROL YÖNTEMİ

- 1.Yok 2. Oral kontraseptif 3. Mekanik 4.Spiral

28.ÇOCUKLUK ÖYKÜSÜ 1.VAR 2.YOK

29. 1.enürezis 2.adhd 3.davranımboz 4.dürtü denetimboz
5.diğer

KOMORBİDİTE

30.SCİD-I ANKSİYETE KOMORBİDİTESİ

- a.Şu anda 1.EN AZ BİR VAR 2.YOK
b. Yaşamboyu 1.EN AZ BİR VAR 2.YOK

- 31.a.Şu anda 1. panik 2.agorafobilipanik 3.yab 4.sosyal fobi
5.özgülfobi 6.okb 7.akut stresboz 8.ptsd
9.ayrışmamış
- b.Yaşamboyu 1. panik 2.agorafobili panik 3.yab 4.sosyal fobi
5.özgülfobi 6.okb 7.akut stresboz 8.ptsd
9.ayrışmamış

32.SCID-I ALKOL VEMADDE KULLANIM KOMORBİDİTESİ

- a.Şu anda 1.Var 2.Yok
b.Yaşamboyu 1.Var 2.Yok
- 33.Alkol kötüye kullanımı
a.Şu anda 1.Var 2.Yok
b.Yaşamboyu 1.Var 2.Yok
- 34.Alkol bağımlılığı
a.şu anda 1.Var 2.Yok
b.Yaşamboyu 1.Var 2.Yok

Kullandığı miktar:

Kullanım süresi:

35. Madde kötüye kullanımı
a.Şu anda 1.Var 2.Yok
b.Yaşamboyu 1.Var 2.Yok
- 36.Madde bağımlılığı
a.Şu anda 1.Var 2.Yok
b.Yaşamboyu 1.Var 2.Yok

Madde cinsi:.....

Kullandığı miktar:

Kullanım süresi:

37.SCID-II KİŞİLİK BOZ KOMORBİDİTESİ 1.EN AZBİR VAR 2.YOK

38. 1. paranoid 2.şizoid 3.şizotipal 4.antisosyal 5.border
6.narsisistik
7.histrionik 8.obsesif 9.bağımlı 10.kaçıngan 11.depresif
12.sadomazohistik

39.SCID –I DİĞER KOMORBİDİTELER:

1. somatoform boz 2.yeme boz 3.Dürtüdenetimboz 4.Diğer

DUYGUDURUM BOZUKLUĞU GENEL KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Tarih:.....

40. Hastalıkbaşlangıç yılı:.....

41. Hastaliksüresi(yıl):.....

42. Geçirilen epizodların sayısı

Toplam:.....Mani:.....Depresyon.....Karma.....Hipomani.....

43. TANI:

- 1.BP I 2.BP II 3.UP 4.UPmani 5.diğer.....

44. Hastaneye yatış sayısı:.....

45. Yatışlarda EKT uygulama sayısı(toplamkür).....

46. Uzunlamasına gidiş:

1. Epizodlar arası tamdüzelmeye 2. Tamdüzelmeye olmayan(kısmi işlevsellik)
3. Epizodlar arasıişlevsellik kötü

47. Epizodlar arası belirti

- 1.yok 2. hafif 3.orta 4.kronik gidiş

48. Epizod örüntüsü (MDÖ, DÖM, MÖD vb)

49. Mevsimsel özellik: 1.var 2.yok

50. Hızlıdöngülülük 1.var 2.yok

51. Epizodlarda psikotik özellik (genelde) 1.var 2.yok

52. Psikotik özellik: 1.Duygudurumla uygun 2.duygudurumla uygunsuz
3.herikisi

53. Manik kayma öyküsü: 1.var 2.yok

54. Manik kayma varsa kullanılanilaç

- 1.AD.....2.Diğer.....

55. Hangi koruyucu tedaviden yarar görüyor

1. li 2.vlp 3.kbz 4. lmt 5. Li+vlp
- 6.Li+kbz
- 7..Li+lmt 8.Diğer:.....
- 56.Ek tedavi gereksinimi: 1.var 2.yok
57. Ek tedavi gereksinimi 1.Tipik AP.....2.Atipik
AP.....
- 3.Diğer.....
- 58.Ailede yararlanılan
ilaç öyküsü:.....
- 59.Özkıymgirişimi 1.var (sayısı.....) 2.yok
- 60.Özkıymgirişimi kaçınıcı epizodda.....
61. Özkıym girişiminin olduğu epizodun tipi:.....
- 62.Özkıymbiçimi 1.ilacı 2.ateşli silah 3.yüksekten atlama 4.ası
5.diğer.....
63. Hastalıkşiddeti:
- 1.hafif 2.orta 3.şiddetli psikotik özellik yok
4.şiddetli psikotik özellikli

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailemdelikler bana "salak", "beceriksiz" yada "tıpsız" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12. Ailemdelikler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13. Ailemdelikler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
15. Ailemdelikler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16. Bana o kadar kötü vuruluyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi.	1	2	3	4	5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5

21. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28. Gerekliği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

*** İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Klinik Psikoterapi Birimi
CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ-28)**

Copyright : İngilizce özgün biçimi 1995 yılında David P. Bernstein tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek yazarından izin alınarak 1996 yılında Prof. Dr. Vedat Şar tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Klinik içi araştırmalarda kullanılmak üzere çoğaltılmıştır. Her hakkı mahfuzdur. Çoğaltılamaz, basılamaz, satılamaz. Ancak kaynak gösterilerek bilimsel araştırmalarda kullanılabilir.

BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ-11

İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve altında, size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

1. İşlerimi dikkatle planlarım

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

2.Düşünmeden iş yaparım

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

3.Hızlı karar veririm

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

4.Hiçbir şeyi dert etmem

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

5.Dikkat etmem

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

6.Uçuşan düşüncelerim var

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

8.Kendimi kontrol edebilirim

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

9.Kolayca konsantre olabilirim

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

10.Düzenli para biriktirim

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

11.Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

12. Dikkatli düşünen birisiyim

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

13. İş güvenliğine dikkat ederim

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

14. Düşünmeden birşeyler söylerim

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

15.Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

16. Sık sık iş değiştiririm

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

17.Düşünmeden hareket ederim

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

18. Zor problemler çözmek gerektiğinde kolayca sıkılırım

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

19.Aklıma estiği gibi hareket ederim

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

20.Düşünerek hareket ederim

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

21.Sıklıkla evimi değiştiririm

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

22.Düşünmeden alışveriş yaparım

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

23.Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

24. Hobilerimi değiştiririm

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

25.Kazandığımdan daha fazla harcarım

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

26. Düşünürken kafamda sıklıkla konuyla ilgisiz düşünceler olur

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

27.Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

28.Derslerde veya sinemada rahat oturamam

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
--------------------------------------	-------	----------	-----------

29.Yap-boz/ puzzle çözmeyi severim

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
---	-------	----------	-----------

30.Geleceğini düşünen birisiyim

Nadiren/Hiçbir zaman zaman/her zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her
---	-------	----------	-----------

İNTİHAR DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ

1-Hiç kendinizi öldürmeyi düşündüğünüz veya öldürmeye teşebbüs ettiğiniz oldu mu?

A-asla B-bir kez C-bazen D-sıklıkla E-çok sık F-her zaman

2-Son bir yıl içinde ne kadar sıklıkla kendinizi öldürmeyi düşündünüz?

A-asla B-bir kez C-bazen D-sıklıkla E-çok sık

3-Birisine hiç intihar edebileceğinizi veya edeceğinizi söylediniz mi?

A-evet B-hayır

4-Bir gün intihara teşebbüs etme olasılığınız nedir?

A-hiç bir zaman etmem

B-şu anda düşünmüyorum ama gelecekle ilgili kesin bir şey söyleyemem.

C-belki D-mutlaka E-mutlaka birden fazla tekrarlama olasılığım var.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Kerim UĞUR
Doğum Tarihi ve Yeri : 10.11.1981-Adana
Medeni Durumu :Evli
Adres : Huzurevleri Mah. 77235 sok. N: 21 17/35
Adana
Telefon :0322 2483652
Faks :
E-mail : kugur@cu.edu.tr
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Mezuniyet Derecesi :
Görev Yerleri :ÇÜTF Psikiyatri AD
Dernek Üyelikleri :Türk Psikiyatri Derneği,
Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği
Alınan Burslar :
Yabancı Dil :İngilizce
Diğer Hususlar :