

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

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Cengiz TUĞLU

**BİPOLAR I BOZUKLUK TANILI ÖTİMİK
HASTALARDA PSİKİYATRİK EŞ TANILAR,
DÜRTÜSELLİK VE BUNLARIN İŞLEVSELLİK
ÜZERİNE ETKİLERİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Seda DERİCİ MEMİŞ

EDİRNE-2013

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmam boyunca gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı tez danışmanım Prof. Dr.Cengiz TUĞLU'ya, Anabilim Dalımız öğretim üyeleri, Prof. Dr. Ercan ABAY, Prof. Dr. Erdal VARDAR, Prof. Dr. Okan ÇALIYURT, Yrd. Doç. Dr. Yasemin GÖRGÜLÜ, Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR, Yrd.Doç. Dr. Bülent SÖNMEZ'e Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Necdet SÜT'e ve çalışmanın yürütülmesinde katkıları olan araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
BİPOLAR BOZUKLUK	3
DÜRTÜSELLİK	14
GEREÇ VE YÖNTEMLER	21
BULGULAR	25
TARTIŞMA	44
SONUÇLAR.....	53
ÖZET	55
SUMMARY	57
KAYNAKLAR	59
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

BB	: Bipolar Bozukluk
BBİÖ	: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği
BDÖ-11	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-IV-TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition- Text Revision (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı)
ECA	: Epidemiologic Catchment Area (Epidemiyolojik Alan Araştırması)
HAMD	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
ICD-10	: International Classification of Diseases-10 (Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması)
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
SCID-I	: DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar Bozukluk; kronik, yineleyici mani, hipomani, karma ve depresif dönemleri iyilik dönemlerinin izlediği, hasta ve çevresi üzerine yıkıcı etkisi olabilen, bilişsel bozukluklar ile belirli psikiyatrik bir hastalıktır (1). Özellikle son yıllarda bipolar bozukta işlevsellik kayıplarının bir istisna olmadığı hem hastalık dönemlerinde hem de ötimik dönemlerde yoğun işlevsellik kayıplarının olduğu ortaya konmuştur (2-5). Çalışmamızda ötimik dönemdeki bipolar hastaların işlevsellikleriyle klinik ve sosyodemografik verileri arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmalar sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldıklarında bipolar bozukluk hastalarında daha yüksek bir dürtüsellik olduğunu; ayrıca ötimik dönemdeki dürtüsellik düzeylerinin manik dönemdeki kadar yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Birçok çalışmada bipolar bozukluğun temel karakteristiği olarak gösterilen dürtüsellikle klinik ve sosyodemografik veriler arasındaki ilişkinin araştırılması çalışmamızın bir diğer amacıdır (6-8).

Bipolar bozukluk tanıları hastalarda yapılan çalışmalar psikiyatrik eş tanının oldukça sık olduğunu ortaya koymaktadır (9-13). Birçok çalışmada bipolar bozuklukta eş tanı varlığı ile klinik ve sosyodemografik veriler arasında ilişki bulunmuştur (10,12-19). Bipolar bozukluğu olan hastalarda eş tanı varlığıyla dürtüsellik arasında ilişki tespit edilmiştir (20). Ancak literatürde bipolar bozuklukta eş tanı ile işlevsellik arasında ilişki olduğuna ilişkin çalışmalar (21,22) olduğu gibi ilişki bulunmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (5,23). Bu nedenle çalışmamızda bipolar bozuklukta eksen I eş tanı sıklığı ve eş tanı varlığı ile işlevsellik ve dürtüsellik arasındaki ilişki konusunda literatüre katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Literatürde bipolar bozukluğu olan hastalarda ötimik dönemde dürtüsellik ve işlevsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışmada dürtüsellik ve işlevsellik arasında ilişki

bulunmuştur (23,24). Bipolar bozukluğun temel karakteristiği olarak gösterilen dürtüselliğin (6-8) hastaların işlevsellik düzeylerini olumsuz etkileyeceği hipotezinin test edilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamızın temel amacı bipolar bozukluk tanılı hastaların ötimik dönemdeyken dürtüsellik düzeylerinin işlevsellikleri üzerine etkisi olup olmadığının belirlenmesidir.

GENEL BİLGİLER

BİPOLAR BOZUKLUK

Tanım

Bireyin uyaranlara, olaylara, anılara, düşüncelere duygusal tepki ile katılabilme yetisine duygulanım (affection) denir. Duygudurum (mood) ise bireyin bir süre değişik derecelerde rahat, neşeli, üzüntülü, tedirgin, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunmasıdır (25).

Bipolar bozukluk (BB) belli bir düzen olmadan tekrarlayan depresif, manik ya da karma dönemlerle giden, dönemler arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurumuna dönebildiği kronik seyirli bir duygudurum bozukluğudur (1).

Bipolar Bozukluk “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revision” (DSM-IV-TR) Sınıflandırması’nda:

1. Bipolar I Bozukluğu
2. Bipolar II Bozukluğu
3. Siklotimik Bozukluk
4. Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk olarak yer almaktadır

Bipolar I bozukluk da kendi içinde tek manik dönem, en son dönem hipomanik, en son dönem manik, en son dönem karışık, en son dönem depresif, en son dönem belirlenmemiş olarak altı alt başlığa ayrılmıştır (26).

Majör Depresif Dönem Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

(1) ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum

(2) hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

(3) perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması

(4) hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması

(5) hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir)

(6) hemen her gün, yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması

(7) hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü, kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

(8) hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi bunu söyler ya da başkaları gözlemiştir)

(9) yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması

B. Bu belirtiler bir karma hastalık dönemi tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için

kullanılan bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yaşla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu belirtiler 2 aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (26).

Manik Dönem Tanı Ölçütleri

A. En az 1 hafta (hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) süren, olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da iritabl, ayrı bir duygudurum döneminin olması

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

- (1) benlik saygısında abartılı artma ya da grandiyözite
- (2) uyku gereksiniminde azalma (örn. sadece 3 saatlik bir uykudan sonra kendini dinlenmiş hissederek)
- (3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma
- (4) fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşantısı
- (5) distraktibilite (dikkat dağınıklığı) (yani, dikkat, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir)
- (6) amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal yönden, işte ya da okulda, cinsel açıdan) ya da psikomotor ajitasyon
- (7) kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma (örn. elindeki bütün parayı alışverişe yatırma, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da aptalca iş yatırımları yapma)

C. Bu belirtiler karma hastalık döneminin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

D. Bu duygudurumun bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

E. Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel bir tıbbi durumun (örn. hipertroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (26).

Karma Dönem Tanı Ölçütleri

A. En az 1 haftalık bir dönem boyunca hemen her gün, hem bir manik dönem hem de bir majör depresif dönem için tanı ölçütleri (süre dışında) karşılanmıştır.

B. Bu duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılması gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

C. Bu belirtiler bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel bir tıbbi durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (26).

Hipomanik Dönem Tanı Ölçütleri

A. Olağan, depresif olmayan duygudurumdan açıkça farklı, en az 4 gün, gün boyu süren, sürekli, kabarmış, taşkın ya da iritabl ayrı bir duygudurum döneminin olması.

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

- (1) benlik saygısında abartılı artma ya da grandiyözite
- (2) uyku gereksiniminde azalma (örn. sadece 3 saatlik bir uykudan sonra kendini dinlenmiş hissederek)
- (3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma
- (4) fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşantısı
- (5) distraktibilite (dikkat dağınıklığı) (yani, dikkatsiz, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir)
- (6) amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal yönden, işte ya da okulda, cinsel açıdan) ya da psikomotor ajitasyon
- (7) kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma (örn. elindeki tüm parayı alışverişe yatırır, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunur ya da aptalca iş yatırımları yapar)

C. Bu hastalık dönemi sırasında, kişinin hastalık belirtilerinin olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin bir değişiklik olur.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarınca da gözlenebilir bir düzeydedir.

E. Bu hastalık dönemi, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir ve psikotik özellikler göstermez.

F. Bu belirtiler bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel tıbbi bir durum doğrudan (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (26).

Akiskal, DSM'deki bipolar bozukluk sınıflandırmasını genel anlamda yetersiz olması nedeniyle eleştirmektedir. Yeterince tanımlanmamış klinik durumları bir araya toplamış ve bipolar spektrum kavramını gündeme getirmiştir (27).

Akiskal'e Göre Bipolar Spektrum Bozuklukları

BB ½ : Şizobipolar bozukluk

BB I : Manik-depresif hastalık

BB I ½ : Uzamış hipomani ve depresyon

BB II : Spontan hipomanik dönemler ve depresyon

BB II ½: Siklotimiye eklenmiş depresyon

BB III : Depresyon ve antidepresan ya da somatik sağaltımla ilişkili hipomani

BB III ½: Alkol/madde kullanımıyla ilişkili duygudurum dalgalanmaları

BB IV : Hipertimiye eklenen depresyon şeklinde sınıflandırılmıştır (27).

Tarihçe

Duygudurum bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Hipokrat (M.Ö. 460-337) mani ve melankoliyi sistematik olarak tanımlayan ilk hekimdir. Aristo 2000 yıl önce distimi ile majör depresyon arasındaki ilişkiyi tanımlamıştır (28).

Mani ve melankoli arasındaki ilişkiyi açık şekilde ilk tanımlayan ise Aretaeus'dur. Alman psikiyatrist Wilhelm Griesinger 1845'te mevsimsel özelliğe dikkat çekmiş; maninin ilkbaharda, melankolinin ise sıklıkla sonbahar ve kışın görüldüğünü belirtmiş, ayrıca hızlı döngülü duygudurum bozukluklarını tanımlamıştır (29).

Fransız psikiyatrist Jean-Pierre Falret 1854'te bu tabloyu '*folie circulaire*' (döngüsel delilik) olarak tanımlamıştır. Baillarger '*folie a double forme*' (iki şekilli delilik) terimini kullanmıştır (30).

Alman psikiyatrist Emil Kraepelin endojen psikozları '*dementia praecox*' (erken bunama) ve 'manik-depresif hastalık' olarak ayırmıştır. Manik-depresif hastalığın dönemsel

ve periyodik gidiş gösterdiğini, yıkımla seyreden ‘*dementia precox*’ tan farklı olduğunu belirtmiştir. Bleuler 1924’te ‘afektif hastalık’ terimini kullanmıştır (31).

Siklotimi ilk kez 1870’lerde Karl Kahlbaum tarafından depresyon ve taşkınlığın dönemsel değişikliği olarak tanımlanmıştır. Siklotiminin iki uçlu spektrum bozukluğuna mı dahil olduğu ya da bir mizaç ve kişilik bozukluğu mu olduğu konusunda kesin görüş birliği yoktur (32).

‘Bir uçlu’ ve ‘iki uçlu’ kavramları Karl Kleist tarafından tanımlanmıştır (33).

DSM-III’ün 1980’de kullanıma girmesiyle birlikte ‘afektif bozukluklar’ (duygulanım bozukluğu) tanımı kabul edilmiş, 1987’de DSM-III-R’de ise ‘duygudurum bozuklukları’ tanımı benimsenmiştir. DSM-IV’ün 1994’te kullanıma girmesiyle Bipolar I bozukluk, Bipolar II bozukluk, Siklotimik bozukluk ve Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk olarak sınıflandırılmıştır. DSM-IV-TR sınıflandırmasının 2000 yılında kullanıma girmesi ile BB sınıflandırılmasında farklılık olmamıştır. DSM-IV-TR’de duygudurum bozuklukları başlığı altında toplanan diğer durumlar; genel tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu tanılardır. “International Classification of Diseases-10”da (ICD-10) ise ‘bipolar afektif bozukluk’ olarak tanımlanmıştır (26,34).

Epidemiyoloji

Bipolar bozukluğun tanı ölçütlerindeki farklılıklar, farklı ölçeklerin kullanılması, kültürel etkenler toplum çalışmalarındaki yaygınlık oranlarında değişik sonuçlara neden olmaktadır (35). Bipolar bozukluk önemli ölçüde iş görememe, sosyal ve ekonomik kayıpla ilişkili, kronik ve sık görülen bir hastalıktır (36). Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı % 0.5-1.6 olarak kabul edilmektedir (37).

Son yıllarda kabul gören ‘bipolar spektrum’ kavramı, bipolar I bozukluğunu, iki gün süren hipomaninin tanı için yeterli görüldüğü bipolar II bozukluğunu, karma maniye, yineleyen kısa hipomaniye, ilaç sağaltımının yol açtığı hipomaniye ve hızlı döngülü bipolar bozukluğu içermektedir (38).

Bipolar bozukluk spektrum olarak ele alınırsa bu oran % 5’i geçmektedir (39).

Amerika’da yapılan “Epidemiologic Catchment Area” (ECA) çalışmasında bipolar bozuklukların yaşam boyu yaygınlık oranı % 1.5 olarak bulunmuştur (40).

“Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study” (NEMESIS) çalışmasında bipolar I bozukluğun bir yıllık yaygınlığı % 1.1, yaşam boyu yaygınlığı % 1.8 oranında bulunmuştur (41).

Bipolar bozukluk genel olarak yirmili yaşların başında başlamaktadır (42).

Ailesel bipolar bozukluk öyküsü olan kişilerde hastalık daha erken yaşlarda başlar. İleri yaşlarda başlaması daha çok organik beyin hastalıklarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (43).

Birçok çalışmada bipolar bozukluk yaygınlığı açısından cinsiyet farkı olmadığı, kadın/erkek oranının aynı olduğu bulunmuştur (44-46).

Bipolar bozukluğun klinik görünümü cinsiyete göre farklılıklar gösterebilmektedir. Bipolar bozukluğun ilk döneminin kadınlarda depresyon, erkeklerde mani olarak ortaya çıkmasının daha sık olduğu bildirilmiştir (47). Bipolar II bozukluk ve 'karma disforik mani', 'kış depresyonu', 'atipik klinik görünümlü bipolar depresyon' ve 'hızlı döngülü bipolar depresyon' gibi alt tiplerin kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (44).

Bipolar bozukluğun yaygınlık oranı etnik kökene ve ırka göre farklılık göstermemektedir (37).

Etiyoloji

Bipolar bozukluğun etiyolojisinde genetik yatkınlık, çevresel etkenler, enfeksiyöz ajanlar, doğum travmaları, kullanılan ilaç ve maddeler gibi çeşitli biyopsikososyal etkenler önemli görülmektedir (48).

Son yıllarda bipolar bozukluk için özgül bir gen bulunamayacağı, belki yüzlerce genin birlikte değerlendirilmesi gerektiği öne sürülmektedir (49).

Duygudurum bozukluklarının eş hastalanma oranının tek yumurta ikizlerinde % 40-70, hastaların birinci derece akrabalarında % 5-10 arasında olduğu bulunmuştur (50).

Bipolar bozukluk hastalarının birinci derece akrabalarında hem bipolar bozukluk hem de diğer duygudurum bozukluklarının görülme sıklığı daha yüksek oranda bulunmuştur (51).

Biyolojik anne babasında duygudurum bozukluğu olan çocuklar sağlıklı anne babaya evlatlık verilse bile, bu kişilerde bipolar bozukluğu görülme oranı normalden yüksektir. Biyolojik anne babasında bipolar bozukluğu olmayan çocuklar, bu bozuklukları bulunan anne babaya evlatlık verilirse bipolar bozukluğu riski artmaz (48).

Yapılan araştırmalar, bipolar bozukluğun poligenik, multifaktöryel ve heterojen bir hastalık olduğunu göstermektedir (52).

Duygudurum bozukluklarının patofizyolojisi ile üç ana nörotransmitterin ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bunlar; serotonin, noradrenalin ve dopamindir. Serotoninin uyku-uyanıklık döngüsünde düzenleyici rolü vardır. Serotonin dopaminle birlikte saldırgan davranışın kısıtlanmasında yer almaktadır (53).

Araştırmacıların çoğu bipolar bozuklukta özellikle noradrenalin düzeyinde artış olduğunu ileri sürmektedir. Manik dönem sırasında noradrenalin metaboliti olan metoksi

hidroksi fenil glikolün plazmada arttığı bilinmektedir. Dopamin aktivitesinin genel olarak depresyonda azaldığı, manide arttığı düşünülmektedir (30).

Nörotransmitterlerin manik dönemde gözlenen bazı belirtilerden sorumlu olduğu öne sürülmektedir. Manik dönem sırasındaki aşırı hareketlilikten dopamin sorumlu tutulurken, noradrenalin ise öfori ile ilişkilendirilmiştir (53).

Ciddi ya da orta derecedeki depresyon ve mani, tiroid serbestleştirici hormona (TRH) azalmış tiroid uyarıcı hormon (TSH) yanıtı ile ilişkilidir (54).

Görüntüleme çalışmalarında frontal lobda işlev bozukluğu sonucu anterior striatum, amigdala ve talamusu da içeren anterior limbik ağ üzerindeki modülasyonun azalmasının duygudurum bozukluklarındaki semptomlarla ilgili olduğu belirtilmiştir (55).

Ateşlenme (Kindling) modeli: Bu modele göre bipolar bozuklukta stresli yaşam olayları sonrasında tetiklenen ilk manik ya da depresif dönem, daha sonraki hastalık dönemlerinde kişinin beyninde bazı biyokimyasal değişikliklere neden olur. Bu değişiklikler hastalarda duyarlılığı artırarak diğer stres etmenlerine de yatkınlık oluşturur. Bu duyarlılaşma süreci, bir dış stresör olmadan da hastalık dönemlerinin kendiliğinden oluşmasına kadar devam eder. Böylece hastalığın ilerlemesine paralel olarak dönemlerdeki sıklığın da artmasına yol açar (1).

Duygudurum bozukluklarına ilişkin psikodinamik kuramlar genelde depresyonu açıklamaya yöneliktir. Mani ise depresyondan ‘kaçış yolu’, altta yatan depresyona karşı bir savunma olarak görülmektedir. (56).

Klinik Seyir

Bipolar I bozukluk genellikle depresyonla başlar (kadınlarda % 75, erkeklerde % 67). Hastaların çoğu hem depresif hem de manik dönem yaşar. Ancak % 10 hastada sadece manik dönem görülür. Bipolar bozuklukta ortalama manik dönem sayısı 9 olarak bildirilmekle birlikte hastalar 2-30 manik dönem yaşayabilir. Hastaların %90’ında ilk manik dönem sonrasında hastalık dönemleri tekrarlamaktadır. Hastalık ilerledikçe dönemler arası süre kısalır. Genellikle 5 hastalık döneminden sonra dönem aralığı 6-9 ayda sabitlenir. Hastaların %5-15’inde yılda 4 veya daha fazla dönem gözlenir ve bu hastalar hızlı döngülü olarak sınıflandırılır (30). Erken yaşta başlayan bipolar bozuklukta hastalık dönemleri arasındaki süre daha uzun, orta ve ileri yaşlarda başlayanlarda ise dönemler arası süre daha kısadır. Dört yıllık izlemde hastalık dönemlerinin en az bir kez yineleme oranı % 72, iki kez yineleme oranı % 45, üç ya da daha fazla yineleme oranı % 28 olarak verilmektedir (57).

Bipolar bozukluğu olan hastaların %13-56'sında hızlı döngü gözlemlendiği bildirilmiştir (58).

Uzun süreli izlemede bipolar I bozukluk hastalarının %15'inin iyileştiği, %45'inin iyi olduğu ancak birçok hastalık dönemi yaşadığı, %30'unun kısmen düzeldiği ve %10'unun kronikleştiği bulunmuştur (59).

Erkek cinsiyet, erken başlangıç yaşı, hastalık öncesi düşük işlevsellik düzeyi, madde kötüye kullanımı eş tanısı, hızlı döngülülük, düşük sosyoekonomik düzey, ailede bipolar bozukluk öyküsünün varlığı, ayrılmış ya da hiç evlenmemiş olma kötü prognoz göstergeleridir (38).

Geç başlangıç, manik dönemlerin kısa süreli olması, intihar düşüncesinin olmaması, eş tanının olmaması iyi prognoz göstergeleridir (59).

Bipolar bozukluğun uzun dönem izleminden elden edilen sonuçlara göre;

1- Hastalar yaşam boyu bipolar bozukluk sürelerinin ortalama %20'ye yakın kısmını hastanede yatarak geçirmektedir.

2- Hastalık dönemlerinin 1/5'i, 2-7 ay sürmektedir (ortalama 3 ay).

3- Hastalar ortalama 2.2 yılda bir dönem geçirmektedir.

4- Hastalığın gidişinde dönemlerin her zaman tam iyileşmediği, sıklıkla kalıntı belirtilerin varlığını sürdürdüğü ve dönemlerin kronikleşme eğilimi gösterdiği izlenmektedir (60).

Depresif dönemlerin %7'sinde, manik dönemlerin ise %26'sında hastanede yatarak tedavinin gerektiği belirtilmiştir (61).

Bipolar bozuklukta intihar girişimi oranı %25, intihar sonucu ölüm ise %10 oranında görülmektedir (57).

Simon ve ark. intihar girişimlerinin genç hastalarda daha sık olduğunu, anksiyete bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu eş tanıları ile intihar girişimleri arasında ilişki olduğunu saptamışlardır (62).

Ayırıcı Tanı

Bipolar bozuklukta yanlış tanı önemli bir sorundur. Amerika'da yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğu olan hastaların ilk muayenelerinde yanlış tanı oranı %73 olarak bulunmuştur ve en sık konulan tanı unipolar depresif bozukluktur (63).

İritabl duygudurumla giden majör depresif epizodları iritabl duygudurumun görüldüğü manik ya da karma dönemlerden ayırt etmek zor olabilir. Ayrımında dikkatli bir klinik değerlendirme ile manik semptomların olup olmadığı belirlenmelidir (47).

Şizofreni ve şizofreni benzeri bozukluklarda manik döneme benzer şekilde hasta bazen aşırı neşeli, hareketli, taşkın görünebilir. Ancak şizofrenide gözlenen taşkınlık durumlarında davranışlar, sanrılar ve varsanılar genellikle düzensiz, dağınık ve duygudurumla uyumsuzdur. Bipolar bozuklukta hastalık dönemleri sonrası hasta görece daha iyi ve uyumluyken şizofrenide negatif belirtiler düzelme döneminde devam eder. Duygudurumla uyumsuz psikotik belirtilerin olduğu maniye şizofreniden ayırmak güçleşebilir. Bu durumda tanı koymak için acele etmemek ve hastalığın gidişini izlemek gereklidir. Böyle durumlarda aile öyküsünü de dikkate almak önemlidir. Şizoafektif bozukluk psikiyatrinin tartışmalı konularından biridir. Duygudurum dönemleri sırasında duygudurumla uyumlu ya da uyumsuz her türlü psikotik belirti olabilir. Ancak duygudurum dönemleriyle giden bir hastalık sırasında bu dönemlerin dışında sanrı ya da varsanılar sürüyorsa şizoafektif bozukluk düşünülmelidir (56).

Kafa travmaları, enfeksiyonlar, ağır karaciğer yetmezliği, hipertiroidi, beyin tümörleri, ameliyat sonrası deliryum durumları, madde kullanımına bağlı (alkol, kokain, steroidler, fensiklidin, tüberküloz ilaçları) ve madde kesilmesine bağlı (alkol, amfetamin, kokain, halüsinojenler, sedatif, hipnotikler) mani ile karışabilecek taşkınlık durumları izlenebilir (25).

Dürtüsellik, aşırı hareketlilik, dikkatin kolay dağılması hem bipolar bozukluk hem de dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda görülebilmektedir. Manik dönemde baskın olan kendine güven artışı, uyku gereksiniminde azalma ayırıcı tanıda yardımcıdır (64).

Eş Tanı

Son yıllarda yapılan klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda bipolar bozuklukta eş tanı oranlarının oldukça yüksek olduğu gösterilmektedir (12,16).

Pini ve ark. (11) bipolar bozukluklu hastaların %60.8'inin, McElroy ve ark. (12) ise %65'inin en az bir eksen I eş tanıya sahip olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde Ünal ve ark. (13) ötimik bipolar bozukluk tanılı hastalarla yaptıkları çalışmada %46 eksen I eş tanı belirtmişlerdir.

Anksiyete bozuklukları: Bipolar bozuklukta anksiyete bozukluğu eş tanısı oldukça yaygındır. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda anksiyete bozukluğu görülme sıklığı, genel topluma göre daha yüksek oranda bulunmuştur (10).

Çalışmalar bipolar bozukluk hastalarında yaşam boyu anksiyete bozukluğu eş tanısı oranının %24-93 arasında bildirmektedir (18). Ülkemizde yapılan bir klinik çalışmada, Tamam ve Özpoyraz (18) bipolar I bozukluk tanısı konmuş remisyonadaki hastalarda, yaşam

boyu anksiyete bozukluğu eş tanı sıklığının %61.4 olduğunu bulmuşlardır. Altındağ ve ark. (15) remisyonda 70 bipolar I bozukluk tanılı hastada yaşam boyu anksiyete bozukluğu eş tanı sıklığını %27.1 olarak bildirmiştir.

Literatürde bipolar bozukluğa eşlik eden anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ile ilgili farklı sonuçlar ve farklı sıralamalar bildirilmiştir.

Simon ve ark. (16) 500 bipolar bozukluklu hastada yaşam boyu sosyal fobi %23.2, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) %19.1, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) %18.8, panik bozukluk %18.3, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) %10.9 oranında saptamıştır.

McElroy ve ark. (12) 288 bipolar hasta ile yaptıkları çalışmada en sık görülen yaşam boyu anksiyete bozukluğunun panik bozukluk (%20) olduğunu, bunu sosyal fobi (%16), özgül fobi (%11), OKB (%9), TSSB (%7) ve YAB (%3) izlediğini bildirmiştir.

Boylan ve ark. (65) çalışmalarında en sık görülen anksiyete bozukluğu eş tanısının YAB (%31) olduğunu YAB'yi sırasıyla, panik bozukluk (%27), sosyal fobi (%17), TSSB (%15), özgül fobi (%10) ve OKB (%9) izlediğini bildirmiştir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda Tamam ve Özpoyraz (18) bipolar I bozukluk tanılı remisyondaki hastalarda yaptıkları çalışmada yaşam boyu en sık görülen anksiyete bozukluğu eş tanısının OKB (%39) olduğunu bunu sırasıyla, özgül fobi (%26), sosyal fobi (%20), TSSB (%14), YAB (%14) ve panik bozukluğun (%10) izlediğini belirtmiştir.

Ünal ve ark. (13)'nın ötimik bipolar bozukluk tanılı hastalarda yaptıkları çalışmada bipolar bozukluğa en fazla eşlik eden anksiyete bozukluğu OKB (%24) olarak saptanmış, panik bozukluk %16, sosyal fobi %16, basit-özgül fobi %6 ve YAB %4 oranında saptanmıştır.

Alkol/madde kullanım bozukluğu: Literatürde bipolar bozuklukta madde bağımlılığı %14-60, alkol bağımlılığı ise %6-69 arasında değişmektedir (66). Mc Elroy ve ark. (12) çalışmalarında bipolar I bozukluk tanılı hastalarda yaşam boyu alkol kötüye kullanımı oranını %36 olarak saptamıştır.

Amerika'da yapılan ECA çalışmasında bipolar bozukluk tanılı hastalarda yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu yaygınlığı %44.7 olarak bildirilmiştir (67).

Ülkemizde ise bu oranlar batı toplumlarına göre oldukça düşüktür.

Ülkemizde Ünal ve ark. (13) remisyonda bipolar hastalarla yaptıkları çalışmada yaşam boyu alkol kötüye kullanım oranını %10 olarak belirtmiştir.

Özyıldırım ve ark. (68) remisyonda 111 bipolar bozukluk tanılı hastayla yaptıkları çalışmada yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu oranını %5.4 olarak saptamışlardır.

Bipolar hastalarda en fazla kullanılan maddeler %36 oranı ile esrar, %24.2 oranı ile amfetamin ve kokaindir (69,70).

Bipolar bozuklukta madde kullanımı en çok karma dönem ve hızlı döngülü alt tip ile ilişkili bulunmuştur. Madde kullanımı tedaviye uyumu bozmakta ve bipolar bozukluğun klinik seyrini olumsuz etkilemektedir (70).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nierenberg ve ark. (71) bipolar bozukluk tanılı 1000 hastanın değerlendirildiği çalışmalarında hastaların %9.5’inde yaşam boyu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) eş tanısı tespit etmiştir. Ülkemizde Tamam ve ark. (72) ötimik dönemde olan 44 bipolar bozukluk hastasının %15.9’unda erişkin DEHB tespit etmiştir. Ateşçi ve ark. (73) bipolar I bozukluk hastalarında yaptıkları çalışmada %21.7 oranında erişkin DEHB eş tanısı bulmuştur.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eş tanısı olan erişkin bipolar hastalarda, DEHB eş tanısı olmayanlara göre hastalık daha erken başlamakta ve hastalık seyrinde daha fazla depresif ve karma dönem görülmektedir (64).

DÜRTÜSELLİK

Tanım

Dürtü organizmanın uyarılmış bir durumudur. Bir eksiklik veya hoş olmayan bir uyarının etkisi altında dengesi değişmiş olan organizmanın eski durumunu alabilmesi için bir itme ve canlanmadır (25). Dürtüselliğin ise kişilik boyutunu, davranışsal ve bilişsel bileşenleri içeren çok yönlü bir kavram olduğu söylenebilir (74).

Dürtüsellekle ilgili birçok tanımlama yapılmıştır. Moeller ve ark. (75) dürtüselliği; “şartların gereklerine uygun davranışları yerine getirememeye ile sonuçlanan uyaranlara düşünmeden veya tam bir değerlendirme yapmadan yanıt verme eğilimi” olarak tanımlamıştır.

Hollander ve Evers (76) dürtüselliğin davranışın ölçülebilir bir özelliği olduğunu, dikkatsizlik, sabırsızlık, haz arama, risk alma ve dışa dönüklük olarak karşımıza çıkabileceğini belirtmişlerdir.

Dickman (77)’a göre dürtüsellik işlevsel olan ve olmayan olmak üzere iki alt tipe ayrılmaktadır. İşlevsel olmayan dürtüsellik çoğu kişiye göre daha az düşünerek hareket etme eğilimidir. İşlevsel dürtüsellik ise uygun durum ya da ortamda olması gerekenden daha az düşünmedir. Patton ve ark. (78) dürtüselliği motor aktivasyon, dikkatsizlik ve plansızlık olarak üç alana ayırmışlardır.

Dürtüsel davranışın üç boyutu olduğu kabul edilmektedir:

1. Davranışın sonuçlarını düşünmek için mevcut bilgileri kullanmamak;
2. Daha sonra elde edilecek daha büyük bir ödül için o an elde edilecek küçük bir ödülün vazgeçememek;
3. Yerleşmiş güçlü motor tepkileri baskılamakta yetersizlik (79).

Kompulsivite ve Dürtüsellik Farkları

Dürtüsellığe, kompulsivite ve dürtüsellik spektrumu olarak boyutsal yaklaşılabilir. Spektrumun bir ucunda çevresini tehdit dolu ve riskli olarak algılayan, tehlikeden uzak durmaya çalışan, anksiyetesini azaltmak için törensel davranışlar sergileyen kompulsif birey, diğer ucunda çevresindeki tehditleri azımsayarak riskli davranışları benimseyen ve hatalarından ders almayan dürtüsel birey yer almaktadır. Kompulsivite anksiyeteyi azaltma çabasıyla kaynaklanır ve benliğe yabancı yani ego-distoniktir. Dürtüsellikte haz ve ödüle yönelik çaba vardır ve benliğe uyumlu yani ego-sintoniktir (80).

Ruh sağlığı alanında yapılan çalışmalar özellikle dürtü kontrol bozukluklarında, kişilik bozukluklarında, madde kullanım bozukluklarında ve bipolar bozuklukta diğer psikiyatrik bozukluklara ve sağlıklı kontrollere göre daha yüksek dürtüsellik gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Ayrıca dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda da dürtüsellik önde gelen bir belirtidir. Özellikle dürtüsellüğün yüksek olduğu psikiyatrik bozukluklarda dürtüsellüğün tedavi etmeye yönelik davranışsal ve farmakolojik tedavi girişimlerinin tedavi planlarında yer alması önemlidir. Kişilik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve bipolar bozukluğa dürtüsellüğün yüksek eşlik etme oranı bu rahatsızlıkların biyolojik temellerinden kaynaklandığını düşündürmektedir (75,76).

Bipolar Bozuklukta Dürtüsellik

Çalışmalar dürtüsellüğün bipolar bozukluğun temel karakteristiği olduğunu ortaya koymaktadır (81,82).

Çalışmalar sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldıklarında bipolar bozukluk hastalarında daha yüksek bir dürtüsellikten bahsetmektedir (6,8).

Dürtüsel ve riskli davranış manik veya hipomanik dönemin DSM ölçütlerinden biridir. Ancak ötimik durumda bile bipolar bozukluğu olan hastaların sağlıklı kontrollerden daha yüksek dürtüsellik puanlarına sahip oldukları ve dürtüsellüğün bipolar bozukluk başlangıcını öngördüğü gösterilmiştir (8,81,83).

Bipolar bozuklukta görece artmış dürtüsellik sadece duygudurum döneminin bir göstergesi değil, hastalığın değişmez bir bileşeni olabilir. Bu ilişkinin değişik kaynakları olabilir: tekrarlayan hastalık dönemlerinin bir sonucu olabilir, bozukluk için bir risk faktörü veya bipolar bozukluğun biyolojik nedenlerine bağlı bağımsız bir faktör olabilir. Her iki şekilde de bu, bipolar bozukluk kliniğini ve tedavisini etkileyebilir (84).

Bipolar bozukluk hastalarında alkol veya madde kullanım bozuklukları öyküsü daha yüksek dürtüsellikle ilişkilidir (85,86).

Yüksek dürtüsellik bipolar bozukluk hastalarında alkol veya madde kullanımı gibi kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren davranışlara karşı yatkınlığı açıklayabilir (87).

Swann ve ark. (8) bipolar bozuklukta dürtüsellik ile hastalık evreleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, hastaların ötimik dönemdeki dürtüsellik düzeylerinin manik dönemdeki kadar yüksek olduğunu; hem manik hem de ötimik hastaların Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11'in (BDÖ-11) tüm alt ölçeklerinden aldıkları puanların kontrol grubundan yüksek olduğunu saptamışlardır.

Swann ve ark. (88) bipolar bozuklukta dürtüsellüğün mani ve depresyonla olan ilişkisini inceledikleri çalışmada BDÖ-11 ile, motor dürtüsellüğün (motor impulsivity) manik semptomlarla, plansızlık dürtüsellüğünün (non-planning impulsivity) ile depresif semptomlarla ilişkili olduğunu, toplam dürtüsellik ve dikkatle ilişkili dürtüsellüğün (attentional impulsivity) hem mani hem de depresyonla ilişkili olduğunu göstermişlerdir.

Swann ve ark. (7) artmış dürtüsellüğün bipolar bozukluktaki hastalık süreçleri ile ilişkisini inceledikleri çalışmada BDÖ-11'in tüm alt ölçeklerinin bipolar bozukluk hastalarında sağlıklı gönüllülerden daha yüksek olduğunu, ancak; bipolar bozukluğun farklı duygudurum dönemlerindeki (manik, depresif, karma, ötimik) BDÖ-11 puanları arasında fark olmadığını saptamışlardır.

Moeller ve ark. (75), dürtüsellikle bipolar bozukluk arasındaki ilişkiyi 5 maddede özetlemişlerdir:

1) Hastalık dönemleriyle ve dönemlerin prodromuyla ilişkili (artmış dürtüsellik hastalık dönemlerine eşlik edebilir veya afektif semptomlar ortaya çıkmadan önce de dönemlerin seyrinde görülebilir),

2) Yatkınlıkla ilişkili (mani riski tanımlanmış adolesanların akranlarından daha dürtüsel oldukları gösterilmiş (89)),

3) İntihar ve madde bağımlılığı gibi komplikasyon riski ile ilişkili,

4) Hastalığın patofizyolojisi ile ilişkili (dürtüsellik artmış norepinefrin, azalmış serotonin veya bozulmuş prefrontal korteks işlevlerinin sonucu olabilir),

5) Genel veya özgül tedaviye verilen yanıt ile ilişkili

Dürtüselliğin Nörobiyolojisi

Dürtüsel davranış tek bir nörobiyolojik temelden kaynaklanmamaktadır (74).

Nöropsikolojik verilere dayanarak orbitofrontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks ve anterior singulat korteks işlevlerinin dürtüsel bireylerde bozulmuş olduğu belirtilmektedir (90).

Frontal korteks: Dürtüselliğe prefrontal korteks ve ilişkili subkortikal yapıların rolü olduğu belirlenmiştir (91).

Prefrontal korteks ve orbitofrontal korteks karar verme, inhibitör kontrol ve yanıt seçme süreçlerinde önemli rol oynamaktadır (92,93).

Prefrontal korteksin bir bölgesi olan sağ inferior frontal girus hasarı ne kadar büyükse dürtüselliğin o kadar fazla olduğu ileri sürülmüştür (94).

Orbitofrontal korteks kişinin davranışlarını yönlendirmede oldukça önemlidir. Orbitofrontal korteksi de kapsayan ventromedial frontal korteks hasarı olan kişilerin çoğunlukla dürtüsel olarak yanlış karar verme ve normalden sapmış sosyal davranışlar gösterdiği bildirilmiştir (95).

Ventromedial prefrontal korteksin amigdala ile birlikte dürtüsellik ve agresyonun şekillendirilmesinde önemli rol oynadığına ilişkin beyin görüntüleme verileri bulunmaktadır (96).

Striatum: Prefrontal korteks ile bağlantısı olan striatum dürtüsel davranışta önemli rol oynar. Yapılan çalışmalar ödülle ilişkili davranışın düzenlenmesinde nükleus akumbensin önemini vurgulamaktadır (97). Nükleus akumbens lezyonları ve subtalamik çekirdek lezyonları dürtüsellikle ilişkili bulunmuştur (98).

Serotonin: Dürtüsel davranışlar, düşük serotonin düzeyi ve düşük serotonin nörotransmisyonu ile ilişkilidir (90).

Düşük serotonin düzeyinin, intihar eğilimi ve bozulmuş dürtü kontrolü ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (99).

Pozitron emisyon tomografisi (PET) ile yapılmış, prefrontal bölgede bölgesel serotonin transporter dağılımlarını inceleyen bir nörogörüntüleme çalışması dürtüsel, saldırgan kişilerin

anterior singulat kortekste serotonin transporter kullanılrlılığında azalmaya sahip olduklarını göstermiştir (100).

Sonuç olarak, serotoninin dürtüsellik ile ilgili olduğu açıkça bellidir, ancak mekanizması tam olarak bilinmemektedir.

Dopamin: Nükleus akumbenste dopamin aktivitesinin artışı motor dürtüsellliği artırırken, prefrontal kortekste veya orbitofrontal kortekste dopamin artışı ise dürtüsel karar vermeyi azaltmaktadır. Dopamin farklı beyin bölgelerindeki etkileriyle dürtüsellik üzerinde çift yönlü etki göstermektedir (98).

Serotonin-dopamin etkileşimi: Orbitofrontal kortekste dopamin ve medial prefrontal kortekste serotonin dürtüsel karar verme ile ilişkilidir (101). Medial prefrontal kortekste dopaminin ödül ve ödüle verilecek yanıt sürecinin düzenlenmesinde rol oynadığı ileri sürülmektedir. Serotonin eksikliği yaratılması veya serotonin antagonistleri verilmesi gibi girişimlerle yapılan serotonerjik müdahalelerin büyük oranda dopamin sistemi ile etkileşerek etki gösterdiği düşünülmektedir (102).

Noradrenalin: Noradrenalin iletimi motor dürtüsellikle ilişkilidir. Bulgular sinaptik aralıktaki noradrenalin düzeyinin artması ya da azalmasının dürtüsellik üzerinde etkisi olabileceğini göstermektedir (97). Noradrenerjik iletimin hangi reseptörler ve hangi beyin bölgeleri aracılığıyla dürtüsellliği etkilediği henüz tam olarak bilinmemektedir (98).

Glutamat: Yapılan çalışmalar glutamat iletimindeki bozuklukların dürtüsel davranışa neden olabileceğini göstermektedir (97).

Kannabinoidler: Merkezi endokannabinoid sistemin davranışların düzenlenmesinde rol oynadığı düşünülmektedir. Davranışlar üzerinde endokannabinoid sistemin etkileri frontal kortikostriatal sistemler tarafından düzenlenmektedir (97). Endokannabinoid sistem glutamaterjik, GABAerjik, opioid sistemlerle etkileşim içerisindedir (103). Delta 9-tetrahidrokanabinol risk alma davranışını ve motor dürtüsellliği artırmıştır (104,105).

Bipolar Bozuklukta İşlevsellik

Kraepelin şizofreniyi işlevsellik kaybının sürekli olduğu ve yıkımla seyreden ilerleyici bir bozukluk, bipolar bozukluğu sadece hastalık dönemlerinde işlevsellik kaybına yol açan

döngüsel bir hastalık olarak tanımlamıştır (106). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2001 verilerinde bipolar bozukluk 9. sıradaki yetiyitimi nedeni olarak gösterilmektedir (107).

Birçok çalışma bipolar bozukluğun işlevsellikte bozulma ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (2-4,108). Özellikle son dönemlerde yapılan araştırmalar bipolar bozukluğu olanlarda ötimik dönemlerde de işlevselliklerinde bozulma olduğunu ortaya koymaktadır. Bipolar hastaların sadece %40'ı bozukluk öncesi işlevsellik düzeylerine dönebilirken, %25-35'inde kısmi düzelme ve %25-35'inde de önemli ölçüde işlev kaybı gözlenmiştir (109,110).

Miklowitz ve ark. (111)'nin 152 bipolar hastayla yaptıkları 12 aylık izlem çalışmasında hastaların %48'inde semptomatik iyileşme gözlenirken, işlevsellikte düzelme oranı %24 olarak bulunmuştur.

Rosa ve ark. (5) 71 ötimik bipolar hasta ve 61 sağlıklı kontrol üzerinde yaptıkları çalışmada ötimik bipolar grubun %60, kontrol grubunun ise %13 oranında işlevsellikte bozulma ile karşı karşıya olduklarını göstermişlerdir.

Scott ve ark. (112) yaptıkları derlemede, 20'li yaşlarda bipolar tanısı konulan bir kişinin yaşam süresinden 9 yıl, iş yaşamından 14 yıl ve normal sağlığından ise 12 yılı kaybettiğini vurgulamışlardır.

Tohen ve ark. (21) bipolar bozukluğu olan hastalarda, hastalık öncesine göre işlevsellik düzeylerinin ilk manik dönemden 6 ay sonra %30, 24 ay sonra %38 oranında düzeldiğini tespit etmişlerdir.

Altı yıllık bir izlem çalışmasında bipolar hastaların sağlıklı kontrollere göre daha fazla işsiz kaldıkları, evlenme oranlarının daha düşük olduğu, evli olanlarda boşanma veya ayrılma oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (113).

Judd ve ark. (114)'nin çalışmasında tedaviye çok iyi yanıt veren hastalarda bile eşik-altı belirtilerin olabileceği belirtilmiştir.

Eşik-altı duygudurum belirtileri göz önüne alındığında, eşik-altı depresif belirtiler psikososyal işlevleri oldukça bozmaktadır; ancak eşik-altı manik belirtilerin psikososyal işlevsellik üzerine etkisi yoktur (115).

Coryell ve ark. (116) eşik-altı belirtilerin işlevselliğin her alanını etkileyebileceğini belirtmişlerdir.

Gitlin ve ark. (61) bipolar hastalar üzerinde yaptıkları 6 yıllık izlem çalışması sonrası eğitimlerini ve mesleki durumlarını iletmediklerini ve izlemin sonunda işsizlik oranlarının daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir.

Toplumsal ve boş zaman etkinliklerine uyum zorluğu ve evlilik uyumunda bozulma ötimik dönemdeki bipolar hastalarda saptanmaktadır (117).

Bipolar Bozuklukta İşlevselliği Etkileyen Faktörler

Bipolar bozuklukta klinik ve sosyodemografik verilerin işlevsellik üzerine etkilerini inceleyen birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalarda kötü işlevsellikle ilişkili bulunan değişkenler; erkek olmak, bekar olmak (118), düşük sosyoekonomik düzey, yetersiz sosyal destek (119), karma dönem sayısı (3,5), hastalığın uzun seyretmesi (120), eşik-altı depresif belirtiler (5,121-123) olarak ortaya çıkmaktadır. Bipolar bozukluğun ötimik dönemindeki hastalarda yapılan çalışmalarda kullanılan ilaç sayısının fazla olması, işsiz olmak (123) ve yatış sayısının fazla olması (23) gibi değişkenlerin düşük işlevsellik ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

İşlevselliğin bozulması ve stresli yaşam olayları yeni hastalık dönemlerini tetikleyebilir. Ortaya çıkan dönemler ise bir kısır döngü oluşturarak işlevselliği daha da bozabilir (kötü işlev düzeyi-sendromal alevlenme-daha kötü işlev düzeyi) (124).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Kesitsel tanımlayıcı desende tasarlanmış bu araştırmanın örneklemini Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne ayaktan başvuran, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre bipolar I bozukluk tanısı alan, son iki aydır remisyonunda olan 112 hastadan oluşmaktaydı.

VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmamıza 01.04.2012 ile 01.09.2012 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne ayaktan başvuran; DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I) ile doğrulanmış bipolar I bozukluğu olan, klinik olarak testleri yapmaya yeterli zeka düzeyine sahip, son 2 ay içerisinde manik, depresif, hipomanik ya da karma dönem geçirmemiş, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD) puanı 8'in ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği puanı 12'nin altında olan, 18-65 yaş arasındaki hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam vermeyi kabul etmiş olanlar alındı.

Toplam 112 ötimik hastayla görüşüldü. Hastalara erişkin tip dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eş tanısı açısından Wender Utah Derecelendirme Ölçeği kısa form, Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği uygulandı. Katılımcıların demografik ve klinik özelliklerinin belirlenebilmesi için, hastalara araştırmacının kendisi tarafından hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu uygulandı.

Çalışma Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 14.03.2012 tarihinde TÜTF-GOKAEK 2012/70 protokol kodu ile onaylandı.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen ve araştırmacının kendisi tarafından doldurulan, katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi ve çalışma durumu gibi bilgileri içeren sosyodemografik verileri ve hastalık öyküleri, klinik özelliklerine ilişkin bilgileri değerlendirmek amacıyla kullanılan formdur.

DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği

SCID-I DSM-IV eksen I tanılarının konulması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlamaktadır. Tanının güvenilirliğinin ve geçerliliğinin arttırılmasını, DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırır. Semptomların sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. Bu ölçek, çalışmada yaşam boyu DSM-IV eksen I majör tanılarının ve eş tanı durumlarının tespiti için kullanılmıştır.

Bu çalışmada kullanılan klinik değerlendirmede standardizasyonu sağlamak için geliştirilmiş olan Klinik versiyon (SCID-CV) kullanım kılavuzu ve puanlama cetvelinden oluşmaktadır. DSM-IV'e göre düzenleme çalışmaları yapıldıktan sonra 1996'da yayımlanan SCID-I Klinik Versiyon'un Çorapçıoğlu ve ark. (125) tarafından Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Çalışmaya alınan her hastaya önce bu ölçek uygulanarak bipolar I bozukluk tanıları kesinleştirilmiş ve psikiyatrik eş tanı durumları değerlendirilmiştir.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Depresyonun değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Depresyon şiddetini ölçmek amacıyla kullanılır. Tanı koydurucu değildir, depresyonun seyrini izlemek amacıyla kullanılan ve görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. HAMD'nin en sık kullanılan 17 maddeli formu dışında diğer formları da bazen kullanılmaktadır. Somatik yakınmaları daha ön planda değerlendirmeye eğilimlidir. Her madde için 0-4 arası puan verilir. En yüksek puan 53'tür. Ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve ark. (126) tarafından yapılmıştır. Çalışmaya alınan olguların depresif semptomlarının değerlendirilmesi ve remisyonun belirlenmesi için uygulanmıştır.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Klinik araştırmalarda manik durumun şiddetini ölçmeye yönelik en yaygın kullanılan ölçektir. Young Mani Derecelendirme Ölçeği 11 maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi içeren ve görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. Ölçekteki maddeler, manik dönemdeki tanımlanmış çekirdek belirtileri (hafiften ağıra doğru değerdendirebilecek şekilde) kapsamaktadır. Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nin ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği Karadağ ve ark. (127) tarafından yapılmıştır. Çalışmamızda remisyonun değerdendirilmesi için uygulanmıştır.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11

Dürtüselliliği değerdendirmede kullanılan, katılımcı tarafından doldurulan bir ölçektir. Bireyin kendisinden yanıt olarak 'nadiren/hiçbir zaman', 'bazen', 'sıklıkla' ve 'hemen her zaman/her zaman' seçeneklerinden en uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. 30 maddeden oluşur ve kendi içinde dikkat, motor ve plansızlık şeklinde üç alt ölçeği vardır. BDÖ-11 değerdendirilirken 4 alt puan elde edilir; toplam puan, plansızlık, dikkat ve motor dürtüsellik. Toplam BDÖ-11 puanı ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. BDÖ-11'in Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve ark. (128) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, Türk örneklemine özgü ifadelerin kullanılmasının uygun olacağı belirtilerek daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle çalışmamızda ölçeğin değerdendirilmesi için Patton ve ark. (78) önerdiği puan anahtarları kullanılmıştır. Çalışmamızda BDÖ-11 için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.747 olarak belirlendi.

Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği

Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ) bipolar hastaların dönemler arası işlevselliğinin değerdendirilmesinde güvenilir ve geçerli bir değerdendirme aracı olarak kullanılmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. (129) tarafından yapılmış üçlü likert tipi bir ölçektir. Çalışmamızda BBİÖ için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.703 olarak belirlendi. Ölçek 52 maddeden oluşmaktadır. Duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, arkadaşlarıyla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobiler, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve iş şeklinde 11 alt ölçeği vardır. Alt ölçeklerden alınan puanın yükselmesi işlevselliğin arttığını göstermektedir.

Wender Utah Derecelendirme Ölçeği

Wender Utah Ölçeği; çocukluktaki DEHB belirtilerini geriye yönelik sorgulamak ve erişkinlerde DEHB tanısının konmasına yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiş beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin 25 maddelik formunun Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öncü ve ark. (130) tarafından yapılmıştır. Ölçekte, erişkinlerden çocukluktaki durumları hakkında yöneltile soruları ‘Hayır ya da çok hafif’, ‘Hafif’, ‘Orta derecede’, ‘Fazla’ ya da ‘Çok fazla’ şeklinde yanıtlamaları istenir ve bu yanıtlara sırasıyla 0, 1, 2, 3 ve 4 puan verilir. Tüm maddelerin toplanmasıyla toplam ölçek puanı elde edilir. Kesme noktası olarak, 36 ve üzerindeki değerlerin alınması DEHB olan erişkinlerin %82.5’ini (duyarlılık) ve kontrol grubunun %90.8’ini (özgüllük) doğru olarak sınıflandırmaktadır (118). 36 ve üzerinde puan alan kişilerle ayrıca DSM-IV-TR DEHB tanı ölçütlerinin sorgulandığı yarı yapılandırılmış bir görüşme yapılmıştır. DSM-IV’e göre halen DEHB tanısını karşılayan olgular belirlenmiştir

İstatistiksel İncelemeler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, AXA507C775506FAN3 seri numaralı STATISTICA AXA 7.1 istatistik programına yüklendi. Dijital veriler gözden geçirilip aktarma sırasında oluşan hatalar kontrol edildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov testi) kullanılarak incelendi. Her bir ölçeğe iç tutarlılık analizi yapıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Gruplar arasındaki farklar Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılarak karşılaştırıldı. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman Korelasyon Analizleri ile incelendi. Sonuçları incelenirken 0.05-0.30 arası düşük veya önemsiz derecede ilişki, 0.30-0.40 arası düşük orta derecede ilişki, 0.40-0.60 arası orta derecede ilişki, 0.60-0.70 iyi derecede ilişki, 0.70-0.75 çok iyi derecede ilişki, 0.75-100 mükemmel ilişki olarak değerlendirildi (131). Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p \leq 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmamıza 64'ü (%57.1) kadın, 48'i (%42.9) erkek olmak üzere toplam 112 hasta katıldı. Katılımcıların 62'si (%55.9) evli, 37'si (%33.3) bekar ve 12'si (%10.8) boşanmıştı. Katılımcıların 28'i (%25.2) yüksekokul/üniversite, 37'si (%33.3) lise, 44'ü (%39.6) ilköğretim mezunuydu. Okur yazar olmayan 2 (%1.8) kişi mevcuttu. Katılımcılardan 40'ı (%36) çalışıyor, 54'ü (%48.6) çalışmıyor, 14'ü (%12.6) emekli, 3'ü (%2.7) öğrenciydi. Gelir düzeyi 500 TL ve altı olan 7 (%6.4), 500-1000 TL olan 52 (%47.3), 1000-2000 TL olan 31 (%28.2), 2000-3000 TL olan 11 (%10), 3000 TL ve üzeri olan 9 (%8.2) kişi mevcuttu (Tablo 1).

Katılımcıların 50'sinin (%45.5) ilk hastalık dönemi manik, 56'sının (%50.9) depresifti. 4 (%3.9) kişinin ise ilk dönem tipi bilinmiyordu. Katılımcıların 7'sinde (%6.4) hızlı döngülülük, 90'ında (%84.9) psikotik özellik öyküsü vardı. Katılımcılardan 14'ünün (%13) hastanede yatış öyküsü yok iken, 24'ünde (%22.2) bir yatış, 27'sinde (%25) iki yatış, 15'inde (%13.9) üç yatış, 11'inde (%10.2) dört yatış, 17'sinde (%15.7) ise beş ve üzeri yatış mevcuttu. Son bir yıllık poliklinik kayıtlarına göre katılımcılardan 71'inin (%66.4) ilaca uyumsuz oldukları dönemlerin olduğu, 36'sının (%33.6) ilaca uyumlarının iyi olduğu tespit edildi. 5 kişinin ise polikliniğimizde takip edilmediklerinden ilaç uyumları belirlenemedi ve değerlendirmeye alınmadı. Katılımcılardan 80'i (%72.7) daha önce intihar girişiminde bulunmamışken, 30'unda (%27.3) intihar girişimi öyküsü mevcuttu. 2 kişi intihar girişimi ile ilgili soruyu yanıtlamadığından değerlendirmeye alınmadı. İntihar girişimi öyküsü olanların 23'ü (%76.6) ilaç içerek, 3'ü (%10) yüksekten atlama, 2'si (%6.7) ası ile, 2'si (%6.7) bileğini keserek intihar girişiminde bulunmuştu (Tablo 2).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verileri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Katılımcının cinsiyeti	Kadın	64	%57.1
	Erkek	48	%42.9
Medeni durum	Evli	62	%55.9
	Bekar	37	%33.3
	Boşanmış	12	%10.8
Öğrenim durumu	Yüksekokul/ Üniversite	28	%25.2
	Lise	37	%33.3
	İlköğretim	44	%39.6
	Okur yazar değil	2	%1.8
Çalışma durumu	Çalışıyor	40	%36
	Çalışmıyor	54	%48.6
	Emekli	14	%12.6
	Öğrenci	3	%2.7
Gelir düzeyi	500 TL ve altı	7	%6.4
	500-1000 TL	52	%47.3
	1000-2000 TL	31	%28.2
	2000-3000 TL	11	%10
	3000 TL ve üzeri	9	%8.2

Tablo 2. Katılımcıların klinik verileri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
İlk dönem tipi	Manik	50	%45.5
	Depresif	56	%50.9
	Bilinmiyor	4	%3.9
Hızlı döngü	Var	7	%6.4
	Yok	103	%93.6
Psikotik özellik	Var	90	%84.9
	Yok	16	%15.1
Yatış sayısı	Yok	14	%13
	Bir yatış	24	%22.2
	İki yatış	27	%25
	Üç yatış	15	%13.9
	Dört yatış	11	%10.2
	Beş ve üzeri yatış	17	%15.7
İlaç uyumu	İyi	36	%33.6
	Kötü	71	%66.4
İntihar girişimi	Var	30	%27.3
	Yok	80	%72.7
İntihar şekli	İlaç	23	%76.6
	Ası	2	%6.7
	Diğer	5	%16.7

Tablo 3'te katılımcıların klinik verilerinin ve yaşlarının ortalama değerleri yer almaktadır. Buna göre yaş ortalamaları 40.09 ± 11.3 (en düşük 19, en yüksek 64), hastalığın başlangıç yaşı ortalama 25.61 ± 9.36 (en düşük 13, en yüksek 60), intihar sayısı ortalama 0.45 ± 0.87 (en düşük 0, en yüksek 4), manik dönem sayısı ortalama 3.03 ± 2.25 (en düşük 1, en yüksek 11), depresif dönem sayısı ortalama 1.69 ± 1.65 (en düşük 0, en yüksek 8), hipomanik dönem sayısı ortalama 0.70 ± 2.1 'di (en düşük 0, en yüksek 15).

Tablo 3. Katılımcıların klinik verilerinin ve yaşlarının ortalama değerleri

	Ortalama $\pm$ SS	En düşük - En yüksek
Yaş	40.09 ± 11.3	19-64
Başlangıç yaşı	25.61 ± 9.36	13-60
İntihar sayısı	0.45 ± 0.87	0-4
Manik dönem sayısı	3.03 ± 2.25	1-11
Depresif dönem sayısı	1.69 ± 1.65	0-8
Hipomanik dönem sayısı	0.70 ± 2.1	0-15

Tablo 4'te katılımcıların hastalık başlangıç yaşları, hastaneye yatış ve intihar sayıları ile manik, hipomanik ve depresif dönem sayıları arasındaki ilişki görülmektedir. Çalışmamızda katılımcıların hastalık başlangıç yaşlarıyla öykülerindeki manik dönem sayıları ($r=-0.39$) ve depresif dönem sayıları arasında ($r=-0.20$) istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki tespit edildi (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.034$). Katılımcıların hastalık başlangıç yaş ortalamalarıyla hipomanik dönem sayıları arasında ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Çalışmamızda katılımcıların yatış sayılarıyla öykülerindeki manik dönem sayıları arasında ($r=0.51$) istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki tespit edildi ($p<0.001$). Katılımcıların yatış sayılarıyla hipomanik ve depresif dönem sayıları arasında ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Çalışmamızda katılımcıların intihar girişimi sayılarıyla öykülerindeki manik dönem sayıları ($r=0.25$) ve depresif dönem sayıları arasında ($r=0.45$) istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki tespit edildi (sırasıyla $p=0.008$, $p<0.001$). Katılımcıların intihar girişim sayıları ile hipomanik dönem sayıları arasında ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 4. Katılımcıların klinik verilerinin karşılaştırılması

	Manik dönem sayısı	Hipomanik dönem sayısı	Depresif dönem sayısı
	r	r	r
Hastalık başlangıç yaşı	-0.39***	-0.05	-0.20*
Yatış sayısı	0.51***	0.08	0.12
İntihar girişimi sayısı	0.25**	-0.07	0.45***

$p<0.05$ *, $p<0.01$ **, $p<0.001$ ***.

Çalışmamızda katılımcıların 60'ında (%53.5) eksen I eş tanısı mevcuttu. Katılımcıların 48'inde (%42.8) anksiyete bozukluğu, 10'unda (%8.9) alkol kullanım bozuklukları, 1'inde (%0.8) madde kullanım bozuklukları, 8'inde (%7.1) erişkin tip dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eş tanısı tespit edildi. Çalışmamızda bipolar bozukluğa en sık eşlik eden anksiyete bozukluğu 16 (%14.3) katılımcıda tespit edilen özgül fobiydi. Katılımcıların 11'inde (%9.8) panik bozukluk, 10'unda (%8.9) yaygın anksiyete bozukluğu, 9'unda (%8) travma sonrası stres bozukluğu, 8'inde (%7.1) sosyal fobi, 8'inde (%7.1) obsesif kompulsif bozukluk tanıları mevcuttu. (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların eş tanı dağılımları

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Özgül Fobi	16	%14.3
Panik Bozukluk	11	%9.8
Alkol Kullanım Bozuklukları	10	%8.9
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	10	%8.9
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	9	%8
Sosyal Fobi	8	%7.1
Obsesif Kompulsif Bozukluk	8	%7.1
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	8	%7.1
Madde Kullanım Bozuklukları	1	%0.8

Tablo 6'da katılımcılarda eş tanı olup olmamasına göre sosyodemografik veriler karşılaştırılmıştır. Katılımcılar eş tanı olup olmamasına göre değerlendirildiğinde; kadınların 31'inde (%48.4), erkeklerin ise 29'unda (%60.4) eş tanı vardı. Eş tanı açısından kadın-erkek oranları benzerdi ($\chi^2=1.582$; $p=0.2$). Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde evli olanların 29'unda (%46.8), bekar olanların 27'sinde (%73) eş tanı olduğu saptandı. Eş tanı açısından medeni durum anlamlı fark oluşturmaktaydı ($\chi^2=8.730$; $p= 0.013$). Katılımcıların öğrenim durumları eş tanı açısından değerlendirildiğinde; yüksekokul/üniversite mezunu olanların 17'sinde (%60.7), lise mezunu olanların 24'ünde (%64.9), ilköğretim mezunu olanların 19'unda (%39.6) eş tanı mevcuttu. Katılımcıların öğrenim durumları eş tanı olup olmaması açısından benzerdi ($\chi^2=6.68$, $p=0.153$). Katılımcıların çalışma durumları eş tanı açısından değerlendirildiğinde; çalışanların 21'inde (%52.5), çalışmayanların 31'inde (%57.4), emekli olanların 7'sinde (%50), öğrencilerin 1'inde (%33.3) eş tanı saptandı.

Katılımcıların çalışma durumları eş tanı olup olmaması açısından benzerdi ($\chi^2=0.89$, $p=0.827$). Katılımcıların aylık gelir düzeyleri eş tanı açısından değerlendirildiğinde; 500 TL ve altı olanların 4'ünde (%57.1), 500-1000 TL olanların 26'sında (%50), 1000-2000 TL olanların 20'sinde (%64.5), 2000-3000 TL olanların 4'ünde (%36.4), 3000 TL ve üzeri olanların 5'inde (%55.6) eş tanı saptandı. Katılımcıların aylık gelir düzeyleri eş tanı olup olmaması açısından benzerdi ($\chi^2=4.51$, $p=0.478$).

Tablo 6. Katılımcıların eş tanısı olup olmamasına göre sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması

		Eş tanı yok Sayı (%)	Eş tanı var Sayı (%)	p
Katılımcının cinsiyeti	Kadın	33 (%51.6)	31 (%48.4)	p=0.2
	Erkek	19 (%39.6)	29 (%60.4)	
Medeni durum	Evli	33 (%53.2)	29 (%46.8)	p=0.013*
	Bekar	10 (%27)	27 (%73)	
	Boşanmış	8 (%66.7)	4 (%33.3)	
Öğrenim durumu	Yüksekokul/ Üniversite	11 (%39.3)	17 (%60.7)	p=0.153
	Lise	13 (%35.1)	24 (%64.9)	
	İlköğretim	25 (%56.8)	19 (%39.6)	
	Okur yazar değil	2 (%100)	0	
Çalışma durumu	Çalışıyor	19 (%47.5)	21 (%52.5)	p=0.827
	Çalışmıyor	23 (%42.6)	31 (%57.4)	
	Emekli	7 (%50)	7 (%50)	
	Öğrenci	2 (%66.7)	1 (%33.3)	
Gelir düzeyi	500 TL ve altı	3 (%42.9)	4 (%57.1)	p=0.478
	500-1000 TL	26 (%50)	26 (%50)	
	1000-2000 TL	11 (%35.5)	20 (%64.5)	
	2000-3000 TL	7 (%63.6)	4 (%36.4)	
	3000 TL ve üzeri	4 (%44.4)	5 (%55.6)	

p<0.05*.

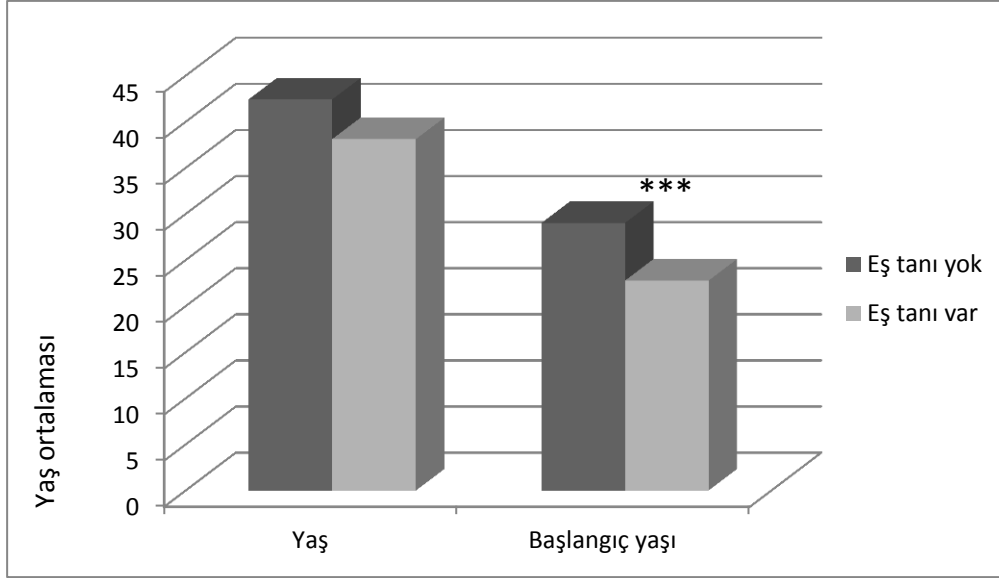
Tablo 7’de katılımcıların eş tanısı olup olmamasına göre klinik verileri karşılaştırılmıştır. Katılımcıların ilk hastalık dönemi eş tanı açısından değerlendirildiğinde; manik olanların 23’ünde (%46), depresif olanların 35’inde (%62.5), ilk dönem tipi bilinmeyenlerin 2’sinde (%50) eş tanı saptandı. Katılımcıların ilk dönem tipi eş tanı olup olmaması açısından benzerdi ($\chi^2=2.93$, $p=0.23$). Katılımcılarda hızlı döngü olup olmaması eş tanı açısından değerlendirildiğinde; hızlı döngülü olanların 6’sında (%85.7), hızlı döngülü olmayanların 54’ünde (%52.4) eş tanı saptandı. Katılımcılarda hızlı döngü olup olmaması eş tanı açısından benzerdi ($\chi^2=2.929$, $p=0.087$). Katılımcıların öyküsünde psikotik özellik olup olmaması eş tanı açısından değerlendirildiğinde; psikotik özelliği olanların 49’unda (%52.4), psikotik özelliği olmayanların 7’sinde (%43.8) eş tanı saptandı. Katılımcıların öyküsünde psikotik özellik olup olmaması eş tanı açısından benzerdi ($\chi^2=0.623$, $p=0.43$). Katılımcıların yatış sayısı eş tanı açısından değerlendirildiğinde; yatış öyküsü olmayanların 8’inde (%57.1), bir yatışı olanların 8’inde (%33.3), iki yatışı olanların 18’inde (%66.7), üç yatışı olanların 7’sinde (%46.7), dört yatışı olanların 8’inde (%72.7), beş ve üzeri yatışı olanların 10’unda (%58.8) eş tanı saptandı. Katılımcıların yatış sayıları eş tanı olup olmaması açısından benzerdi ($\chi^2=7.964$, $p=0.158$). Katılımcıların ilaç uyumu eş tanı açısından değerlendirildiğinde; ilaç uyumu iyi olanların 16’sında (%44.4), kötü olanların 40’ında (%56.4) eş tanı saptandı. Katılımcıların ilaç uyumu eş tanı olup olmaması açısından benzerdi ($\chi^2=1.355$, $p=0.24$). Katılımcılarda intihar girişimi öyküsü olup olmaması eş tanı açısından değerlendirildiğinde; intihar girişimi olanların 21’inde (%70), intihar girişimi olmayanların 39’unda (%48.8) eş tanı saptandı. Eş tanı açısından intihar girişimi olup olmaması anlamlı fark oluşturmaktaydı ($\chi^2=3.97$, $p=0.046$). İntihar girişiminde bulunmuş olan katılımcılarda intihar değerlendirilirken yüksekte atlama, kesi, silahla girişim ‘diğer’ olarak sınıflandırıldı. Katılımcıların intihar şekli eş tanı açısından değerlendirildiğinde; ilaç içerek intihar girişiminde bulunanların 16’sında (%69.6), ası ile girişimde bulunanların 2’sinde (%100), diğer şekilde girişimde bulunanların 3’ünde (%60) eş tanı saptandı. Katılımcıların intihar şekli eş tanı olup olmaması açısından benzerdi ($\chi^2=4.9$, $p=0.179$).

Tablo 7. Katılımcıların eş tanısı olup olmamasına göre klinik verilerinin karşılaştırılması

		Eş tanı yok Sayı (%)	Eş tanı var Sayı (%)	p
İlk dönem tipi	Manik	27 (%54)	23 (%46)	p=0.23
	Depresif	21 (%37.5)	35 (%62.5)	
	Bilinmiyor	2 (%50)	2 (%50)	
Hızlı döngü	Var	1 (%14.3)	6 (%85.7)	p=0.087
	Yok	49 (%47.6)	54 (%52.4)	
Psikotik özellik	Var	41 (%45.6)	49 (%54.4)	p=0.43
	Yok	9 (%56.2)	7 (%43.8)	
Yatış sayısı	Yok	6 (%42.9)	8 (%57.1)	p=0.158
	Bir yatış	16 (%66.7)	8 (%33.3)	
	İki yatış	9 (%33.3)	18 (%66.7)	
	Üç yatış	8 (%53.3)	7 (%46.7)	
	Dört yatış	3 (%27.3)	8 (%72.7)	
	Beş ve üzeri yatış	7 (%41.2)	10 (%58.8)	
İlaç uyumu	İyi	20 (%55.6)	16 (%44.4)	p=0.24
	Kötü	31 (%43.7)	40 (%56.4)	
İntihar girişimi	Var	9 (%30)	21 (%70)	p=0.046*
	Yok	41 (%51.2)	39 (%48.8)	
İntihar şekli	İlaç	7 (%30.4)	16 (%69.6)	p=0.179
	Ası	0 (%0)	2 (%100)	
	Diğer	2 (%40)	3 (%60)	

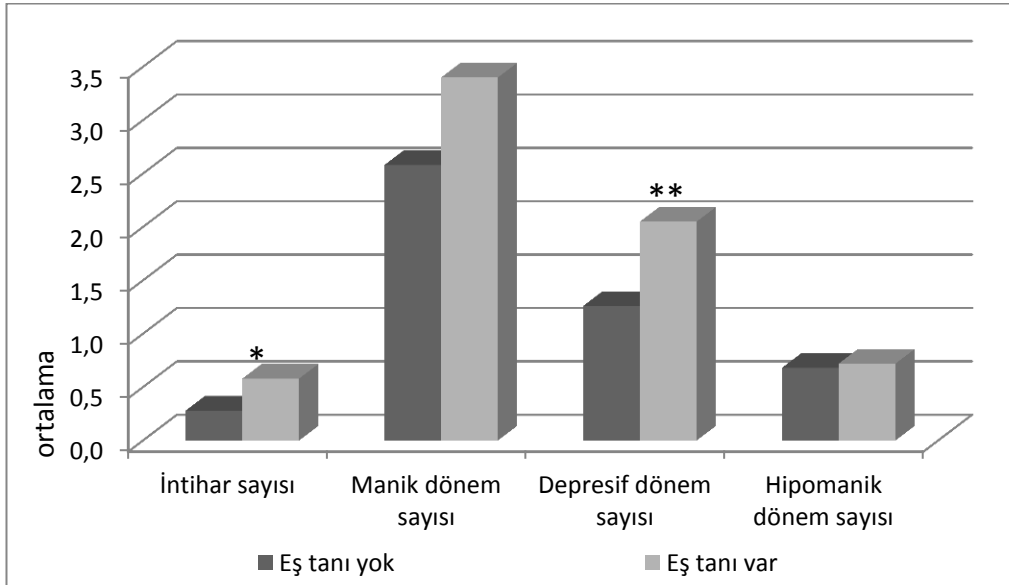
p<0.05*.

Şekil 1 ve 2’de eş tanı olup olmamasına göre sayısal verilerin ortalamaları karşılaştırıldığında eş tanısı olmayanların hastalık başlangıç yaş ortalamaları (29.02 ± 10.18), eş tanısı olanlardan (22.77 ± 7.61) anlamlı derecede yüksekti ($Z = -3.637$; $p < 0.001$). Eş tanısı olanların intihar sayılarının ortalamaları (0.28 ± 0.73), eş tanısı olmayanlardan (0.58 ± 0.96) anlamlı derecede yüksekti ($Z = -2.047$; $p = 0.041$). Eş tanısı olanların depresif dönem sayı ortalamaları (2.05 ± 1.76), eş tanısı olmayanlardan (1.26 ± 1.43) anlamlı derecede yüksekti ($Z = -2.8$; $p = 0.005$). Eş tanı olanlar ile olmayanların yaş ortalamaları ($Z = -1.904$; $p = 0.057$), manik dönem sayıları ($Z = -1.759$; $p = 0.079$), ve hipomanik dönem sayı ortalamaları ($Z = -1.072$; $p = 0.284$) benzerdi.



p<0.001 ***.

Şekil 1. Katılımcıların eş tanısı olup olmamasına göre hastalık başlangıç yaşı ve yaş ortalamalarının karşılaştırılması



p<0.05*, p<0.01 **.

Şekil 2. Katılımcıların eş tanısı olup olmamasına göre klinik verilerinin karşılaştırılması

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının kadın-erkek cinsiyetine göre dağılımları incelendiğinde, erkeklerin (18.87 ± 3.56) BDÖ-11 motor alt ölçek puanları, kadınların (17.66 ± 3.74) ortalamasına göre anlamlı derecede yüksekti ($Z = -2.006$; $p = 0.045$). BDÖ-11 toplam, dikkat ve plansızlık alt ölçek puanları cinsiyet açısından

incelendiğinde kadın-erkek ortalamaları benzerdi (sırasıyla $Z=-0.951$; $p=0.342$, $Z=-0.403$; $p=0.687$, $Z=-0.239$; $p=0.811$).

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 dikkat alt ölçek puan ortalamaları evli (13.69 ± 3.67), bekar (14.62 ± 3.63) ve boşanmış (11.64 ± 3.38) olanların ortalamaları arasında anlamlı fark vardı ($KW=6.324$; $p=0.042$). BDÖ-11 toplam, motor ve plansızlık alt ölçek puanları medeni durum açısından incelendiğinde; evli, bekar ve boşanmış olanların ortalamaları benzerdi (sırasıyla $KW=2.582$; $p=0.275$, $KW=1.302$; $p=0.522$, $KW=0.839$; $p=0.657$).

Katılımcıların öğrenim durumları ilköğretim, lise ve yüksekokul/üniversite mezunu olarak gruplandırıldığında BDÖ-11 toplam ve alt ölçek puan ortalamaları benzerdi (sırasıyla $KW=1.897$; $p=0.387$, $KW=5.171$; $p=0.075$, $KW=1.29$; $p=0.525$, $KW=0.578$; $p=0.749$).

Katılımcılar çalışanlar, işsiz, öğrenci ve emekli olarak gruplandırıldığında BDÖ-11 toplam ve alt ölçek puan ortalamaları benzerdi (sırasıyla $KW=4.862$; $p=0.182$, $KW=5.943$; $p=0.114$, $KW=6.008$; $p=0.111$, $KW=1.672$; $p=0.111$) (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 toplam, dikkat, motor ve plansızlık alt ölçek puan ortalamalarının sosyodemografik verilerine göre karşılaştırılması

	BDÖ-11 Toplam	BDÖ-11 Dikkat	BDÖ-11 Motor	BDÖ-11 Plansızlık
Cinsiyet				
Kadın	56.98 ± 8.23	13.53 ± 3.34	17.66 ± 3.74	26.15 ± 4.3
Erkek	59.43 ± 10.77	14.06 ± 4.1	18.87 ± 3.56	26.52 ± 5.19
p değeri	$p=0.342$	$p=0.687$	$p=0.045^*$	$p=0.811$
Medeni durum				
Evli	58.25 ± 9	13.69 ± 3.67	18.28 ± 3.81	26.43 ± 4.52
Bekar	59.41 ± 10.83	14.62 ± 3.63	18.40 ± 3.72	26.53 ± 5.4
Boşanmış	53.36 ± 6.53	11.64 ± 3.38	17.09 ± 3.05	24.64 ± 3.01
p değeri	$p=0.275$	$p=0.042^*$	$p=0.522$	$p=0.657$
Öğrenim durumu				
İlköğretim	56.56 ± 8.46	12.77 ± 3.45	17.65 ± 3.03	26.37 ± 4.5
Lise	59.21 ± 11.66	14.69 ± 4.24	18.81 ± 4.33	25.92 ± 5.25
Yüksekokul/ Üniversite	59.07 ± 7.92	14.25 ± 2.97	18.26 ± 3.75	26.61 ± 4.42
p değeri	$p=0.387$	$p=0.075$	$p=0.525$	$p=0.749$
Çalışma durumu				
Çalışıyor	59.51 ± 10.72	14.05 ± 3.9	18.79 ± 3.74	26.88 ± 5.34
İşsiz	57.54 ± 8.56	13.84 ± 3.41	17.74 ± 3.2	26.2 ± 4.4
Öğrenci	64 ± 6.56	17.33 ± 3.2	21 ± 2.65	25.67 ± 2.8
Emekli	54.79 ± 8.95	12.21 ± 3.8	17.57	25 ± 4.31
p değeri	$p=0.182$	$p=0.114$	$p=0.111$	$p=0.643$

$p < 0.05^*$, $p < 0.01^{**}$.

BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği.

Tablo 9’da BDÖ-11 toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ilaç uyumuna, hızlı döngü olup olmamasına, öyküde psikotik özellik varlığına, ilk dönem tipine, öyküde intihar girişimi olup olmamasına göre karşılaştırılmıştır. BDÖ-11 toplam, motor ve plansızlık alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; öyküsünde psikotik özellik olanların ortalamaları öyküsünde psikotik özellik olmayanların ortalamalarından anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla $Z=-2.062$; $p=0.039$, $Z=-2.921$; $p=0.003$, $Z=-2.440$; $p=0.015$). BDÖ-11 dikkat alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; öyküsünde psikotik özellik olanların ortalamalarıyla öyküsünde psikotik özellik olmayanların ortalamaları benzerdi ($Z=-0.147$; $p=0.883$).

İlaç uyumu iyi olanlarla kötü olanların (sırasıyla $Z=-1.25$; $p=0.211$, $Z=-1.306$; $p=0.192$, $Z=-0.802$; $p=0.423$, $Z=-1.262$; $p=0.207$), hızlı döngülü olanlarla olmayanların (sırasıyla $Z=-1.291$; $p=0.197$, $Z=-1.494$; $p=0.135$, $Z=-0.864$; $p=0.387$, $Z=-1.059$; $p=0.29$), intihar girişimi olanlarla olmayanların (sırasıyla $Z=-1.014$; $p=0.31$, $Z=-1.746$; $p=0.081$, $Z=-0.094$; $p=0.925$, $Z=-0.193$; $p=0.847$) ve ilk dönem tipi manik olanlarla depresif olanların (sırasıyla $Z=-0.694$; $p=0.488$, $Z=-1.346$; $p=0.178$, $Z=-0.024$; $p=0.981$, $Z=-0.165$; $p=0.869$) ortalamaları benzerdi.

Tablo 9. Katılımcıların Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 toplam, dikkat, motor ve plansızlık alt ölçek puan ortalamalarının klinik verilerine göre karşılaştırılması

	BDÖ-11 Toplam	BDÖ-11 Dikkat	BDÖ-11 Motor	BDÖ-11 Plansızlık
İlaç uyumu				
İyi	56.48±9.52	12.97±3	18±4.4	25.64±5.13
Kötü	59.09±9.68	14.11±3.9	18±3.4	26.84±4.44
p değeri	$p=0.211$	$p=0.192$	$p=0.423$	$p=0.207$
Hızlı döngü				
Var	63.29±10.73	15.86±3.53	19.29±3.95	28.14±4.74
Yok	57.81±9.39	13.72±3.65	18.15±3.69	26.14±4.73
p değeri	$p=0.197$	$p=0.135$	$p=0.387$	$p=0.29$
Psikotik özellik				
Var	59.05±9.42	13.79±3.6	18.63±3.62	26.79±4.77
Yok	52.87±8.87	13.73±4.25	15.67±3.06	23.47±3.31
p değeri	$p=0.039^*$	$p=0.883$	$p=0.003^{**}$	$p=0.015^*$
İlk dönem tipi				
Manik veya hipomanik	57.66±9.85	13.44±3.57	18.11±3.51	26.17±5.12
Depresif	58.84±9.51	14.35±3.81	18.33±3.89	26.41±4.52
p değeri	$p=0.488$	$p=0.178$	$p=0.981$	$p=0.488$
İntihar girişimi				
Var	59.52±9.95	14.77±3.66	18.34±4.51	26.43±4.65
Yok	57.65±9.37	13.5±3.63	18.18±3.37	26.21±4.79
p değeri	$p=0.31$	$p=0.081$	$p=0.925$	$p=0.847$

$p<0.05^*$, $p<0.01^{**}$.

BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Tablo 10’da katılımcıların yaşları, hastalık başlangıç yaşları, manik, hipomanik ve depresif dönem sayıları, hastaneye yatış ve intihar sayılarıyla BDÖ-11 toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki görülmektedir. Katılımcıların yaşları ile BDÖ-11 toplam, motor ve dikkat alt ölçek puanları arasında (sırasıyla $r=-0.26$, $r=-0.25$, $r=-0.25$) anlamlı (sırasıyla $p=0.009$, $p=0.01$, $p=0.01$) negatif ilişki vardı. Hastalık başlangıç yaşları, manik, hipomanik ve depresif dönem sayıları, hastaneye yatış ve intihar sayılarıyla BDÖ-11 toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki yoktu ($p>0.05$).

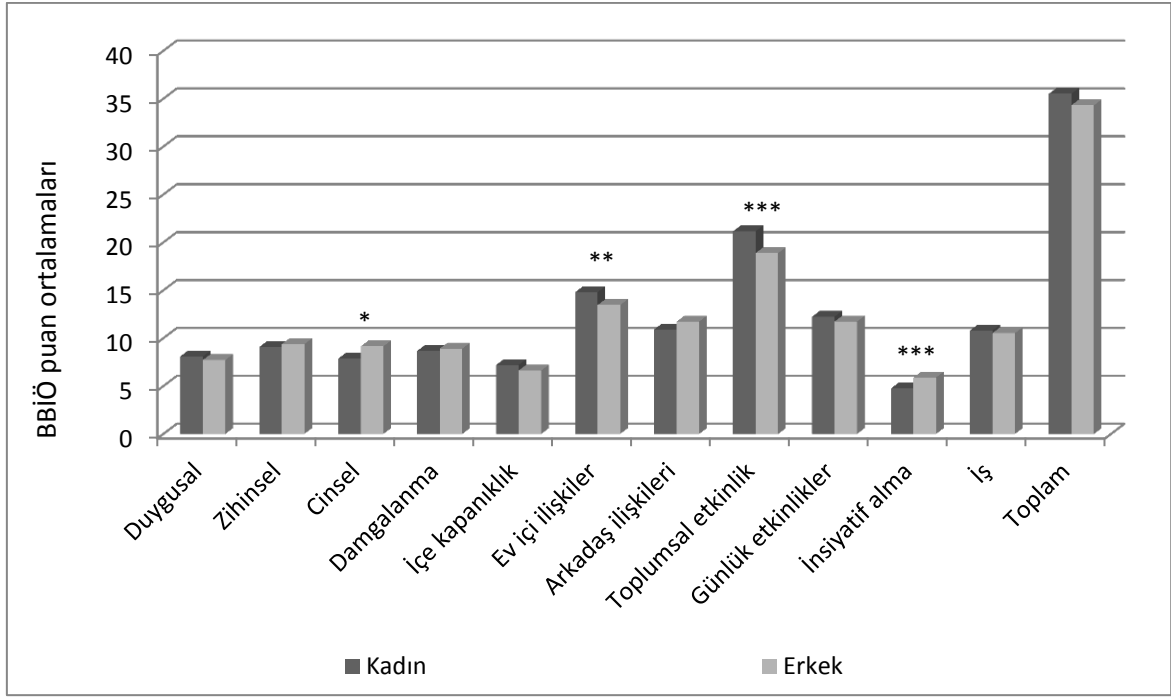
Tablo 10. Katılımcıların Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 toplam ve alt ölçek puanları ile sayısal verilerin karşılaştırılması

	BDÖ-11 Toplam	BDÖ-11 Dikkat	BDÖ-11 Motor	BDÖ-11 Plansızlık
	r	r	r	r
Yaş	-0.26**	-0.25*	-0.25*	-0.11
Hastalık başlangıç yaşı	-0.05	-0.12	-0.16	0.11
Manik dönem sayısı	-0.03	-0.03	-0.01	0.00
Hipomanik dönem sayısı	-0.18	-0.14	-0.06	-0.09
Depresif dönem sayısı	0.18	0.18	0.13	0.12
Yatış sayısı	-0.02	-0.02	-0.02	0.03
İntihar sayısı	0.11	0.19	-0.01	0.02

$p<0.05^*$, $p<0.01^{**}$.

BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Katılımcıların cinsiyetlerine göre BBİÖ toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında; cinsel işlevsellik alt ölçek puanlarında erkeklerin (7.86 ± 3.17) ortalamaları kadınların ortalamalarına (9.14 ± 3.04) göre anlamlı derecede yüksekti ($Z=-2.123$, $p=0.034$). Ev içi ilişkiler alt ölçek puanlarında kadınların ortalamaları (14.8 ± 2.58), erkeklerin ortalamalarına (13.46 ± 2.65) göre anlamlı derecede yüksekti ($Z=-2.966$, $p=0.003$). Toplumsal etkinliklere katılım alt ölçek puanlarında kadınların ortalamaları (21.16 ± 2.38), erkeklerin ortalamalarına (18.88 ± 3.11) göre anlamlı derecede yüksekti ($Z=-3.943$, $p<0.001$). İnisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme alt ölçek puanlarında erkeklerin ortalamaları (21.16 ± 2.38), kadınların ortalamalarına (18.88 ± 3.11) göre anlamlı derecede yüksekti ($Z=-3.849$, $p<0.001$). BBİÖ toplam puan, duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, günlük etkinlikler ve hobiler, damgalanma hissi, içe kapanıklık, arkadaşlarıyla ilişkiler ve iş alanında işlevsellik alt ölçek puanları benzerdi ($p>0.05$) (Şekil 3).

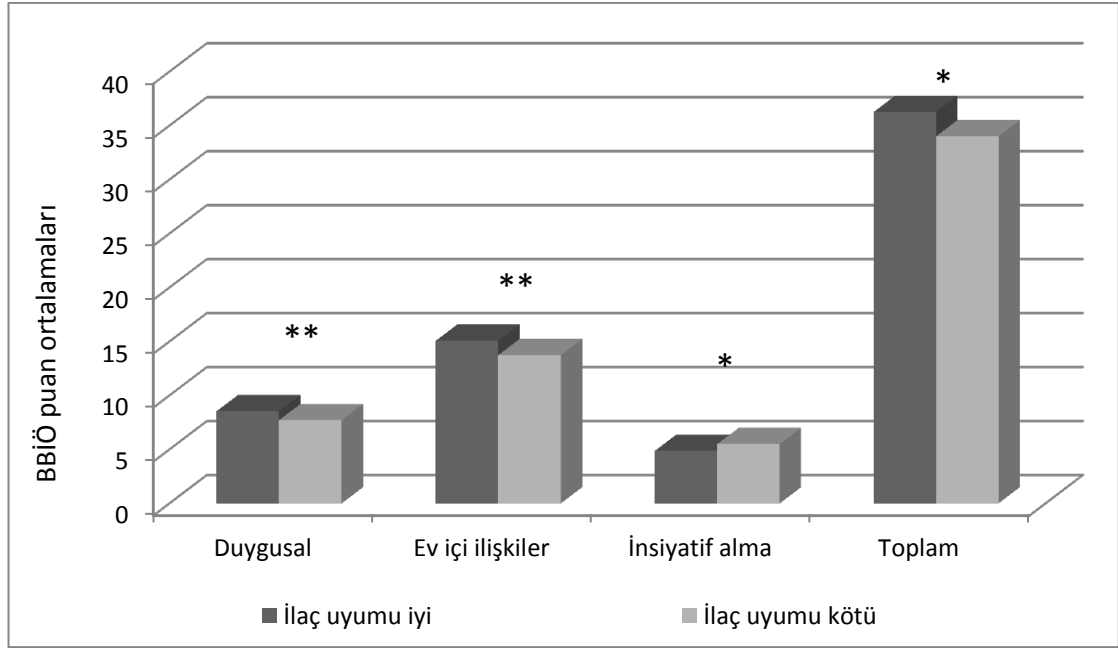


p<0.05*,p<0.01 **,p<0.001***.

BBIÖ: Bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeği.

Şekil 3. Katılımcıların cinsiyetlerine göre Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Katılımcıların ilaç tedavisine uyumlarına göre BBIÖ toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında; BBIÖ toplam puanlarında ilaç uyumu iyi olanların ortalamaları (117.75 ± 7.85) ilaç uyumu kötü olanların ortalamalarına (114 ± 9.52) göre anlamlı derecede yüksekti ($Z = -1.961$, $p = 0.05$). Duygusal işlevsellik alt ölçek puanlarında ilaç uyumu iyi olanların ortalamaları (8.52 ± 0.77) ilaç uyumu kötü olanların ortalamalarına (7.71 ± 1.515) göre anlamlı derecede yüksekti ($Z = -2.663$, $p = 0.008$). Ev içi ilişkiler alt ölçek puanlarında ilaç uyumu iyi olanların ortalamaları (15.05 ± 2.56), ilaç uyumu kötü olanların ortalamalarına (13.46 ± 2.65) göre anlamlı derecede yüksekti ($Z = -2.621$, $p = 0.009$). İnsiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme alt ölçek puanlarında ilaç uyumu iyi olanların ortalamaları (4.86 ± 1.29), ilaç uyumu kötü olanların ortalamalarına (5.49 ± 1.57) göre anlamlı derecede düşüktü ($Z = -2.005$, $p = 0.045$). İlaç tedavisine uyuma göre karşılaştırıldığında BBIÖ zihinsel işlevsellik ($Z = -0.453$, $p = 0.650$), cinsel işlevsellik ($Z = -0.638$, $p = 0.523$), damgalanma hissi ($Z = -1.540$, $p = 0.124$), içer kaparıklık ($Z = -1.486$, $p = 0.137$), arkadaşlarıyla ilişkiler ($Z = -0.439$, $p = 0.660$), günlük etkinlikler ve hobiler ($Z = -0.113$, $p = 0.910$), iş alanında işlevsellik ($Z = -0.95$, $p = 0.342$) alt ölçek puanları benzerdi (Şekil 4).



p<0.05*, p<0.01 **, p<0.001***.

BBIÖ: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği.

Şekil 4. Katılımcıların ilaç uyumu olup olmamasına göre Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

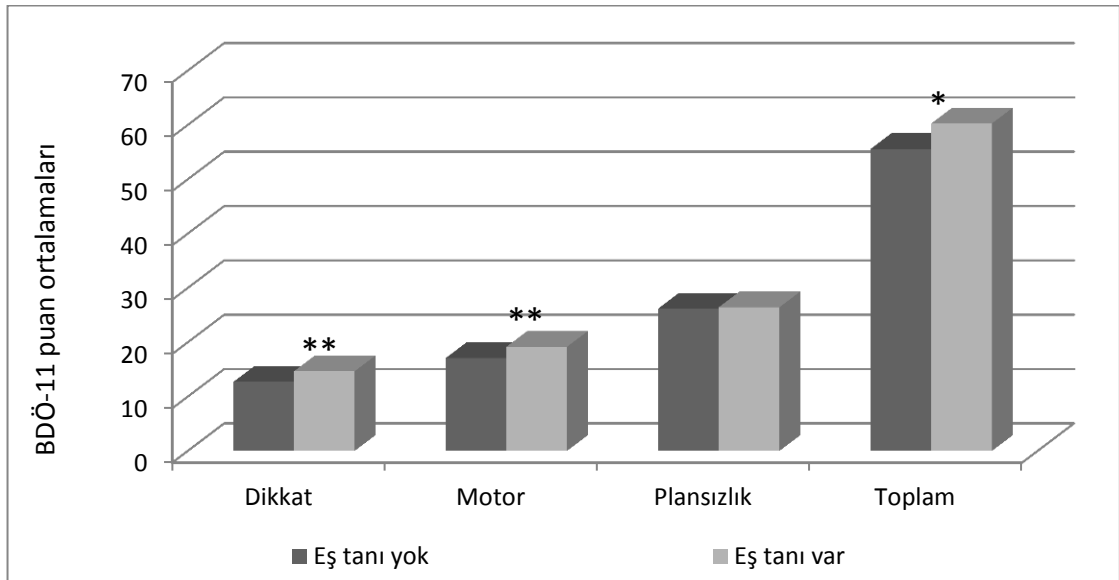
Katılımcıların BBIÖ toplam puanları; medeni durum (KW=1.218, p=0.544), öğrenim durumu (KW=1.725, p=0.631), çalışma durumu (KW=1.725, p=0.631), gelir düzeyi (KW=8.007, p=0.156) gibi sosyodemografik veriler ve ilk dönem tipi (KW=1.725, p=0.631), hızlı döngü (Z=-1.061, p=0.289), öyküde psikotik özellik olup olmaması (Z=-1.061, p=0.289), hastaneye yatış (Z=-0.411, p=0.681) ve intihar girişimi olup olmaması (Z=-0.593, p=0.553) ve intihar şekli (KW=3.968, p=0.265) gibi klinik veriler açısından gruplandığında anlamlı ilişki saptanmadı.

Katılımcıların BBIÖ toplam puanlarıyla; yaşları (r=0.07, p=0.518), hastalık başlangıç yaşları (r=-0.03, p=0.734), manik (r=-0.06, p=0.543), hipomanik (r=0.13, p=0.204), depresif (r=-0.19, p=0.063) ve karma dönem (r=0.10, p=0.307) sayıları ve hastaneye yatış (r=-0.05, p=0.638) gibi sayısal verileriyle arasında anlamlı ilişki yoktu.

Bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeği alt ölçekleri incelendiğinde yaş ile cinsel işlevsellik arasında (r=-0.32) anlamlı (p=0.001), negatif ilişki vardı. Yaş ile ev içi işlevsellik arasında (r=0.31) anlamlı (p=0.001) pozitif ilişki vardı. Hastalık başlangıç yaşı ile mesleki işlevsellik (iş) arasında (r=0.21) anlamlı (p=0.04) pozitif ilişki vardı. Manik dönem sayısı ile mesleki işlevsellik arasında (r=-0.27) anlamlı (p=0.007), negatif ilişki vardı. Depresif dönem sayısı ile damgalanma hissi alt ölçeği arasında (r=-0.26) anlamlı (p=0.006), negatif ilişki

vardı. İntihar sayısı ile günlük etkinlikler ve hobiler alt ölçeği arasında ($r=0.26$) anlamlı ($p=0.006$) pozitif ilişki vardı.

Çalışmamızda katılımcıların eş tanısı olup olmamasına göre BDÖ-11 puanları karşılaştırıldığında; eş tanısı olan grubun (60.27 ± 1.39) ortalamaları, eş tanısı olmayanlara (55.57 ± 1.14) göre anlamlı derecede yüksekti ($Z=-2.19$, $p=0.028$). BDÖ-11 dikkat alt ölçek puanlarında eş tanısı olan grubun (14.66 ± 0.47) ortalamaları, eş tanısı olmayanlara (12.69 ± 0.51) göre anlamlı derecede yüksekti ($Z=-2.902$, $p=0.004$). BDÖ-11 motor alt ölçek puanlarında eş tanısı olan grubun (19.16 ± 0.53) ortalamaları, eş tanısı olmayanlara (17.08 ± 0.43) göre anlamlı derecede yüksekti ($Z=-2.833$, $p=0.005$). BDÖ-11 plansızlık alt ölçek puanlarında eş tanısı olan grubun (26.44 ± 0.71) ortalamaları, eş tanısı olmayanlarla (26.18 ± 0.55) benzerdi ($Z=-0.099$, $p=0.92$) (Şekil 5).



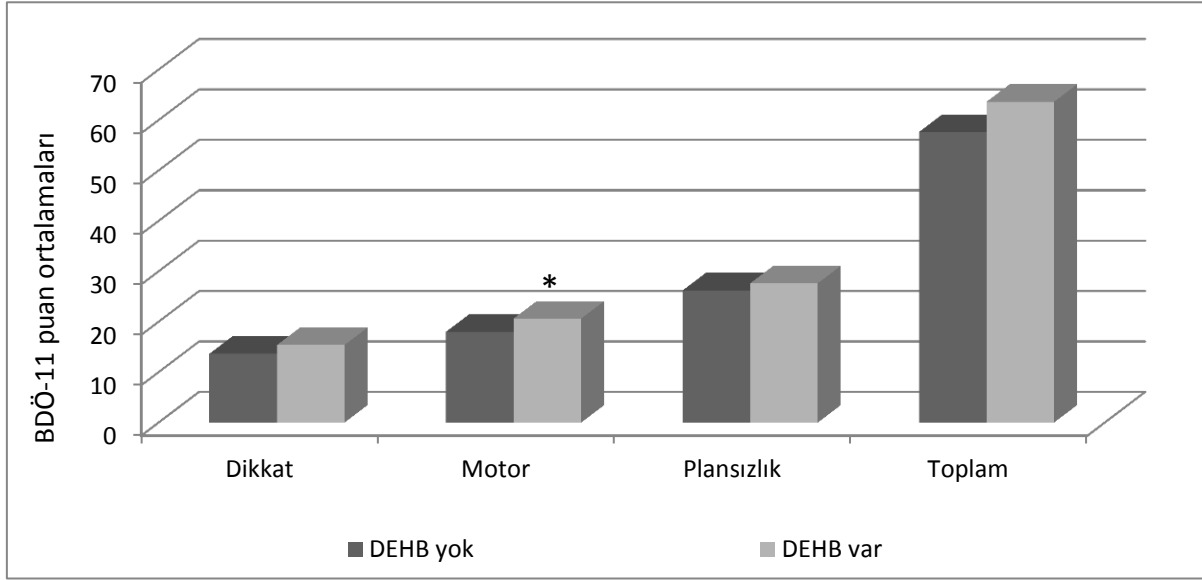
$p<0.05$ *, $p<0.01$ **.

BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği.

Şekil 5. Katılımcıların eş tanısı olup olmamasına göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puanlarının karşılaştırılması

Çalışmamızda katılımcıların DEHB eş tanısı olup olmamasına göre BDÖ-11 motor alt ölçek puanları karşılaştırıldığında; DEHB eş tanısı olan grubun (20.62 ± 4.14) ortalamaları, eş tanısı olmayanlara (18 ± 3.61) göre anlamlı derecede yüksekti ($Z=-2.115$, $p=0.034$). BDÖ-11 toplam puanları karşılaştırıldığında eş tanısı olan grubun (63.63 ± 11.53) ortalamalarıyla, eş tanısı olmayan grubun ortalamaları (57.64 ± 9.25) benzerdi ($Z=-1.451$, $p=0.147$). BDÖ-11 dikkat alt ölçek puanlarında eş tanısı olan grubun (14.66 ± 0.47) ortalamalarıyla, eş tanısı

olmayanların ortalamaları (12.69 ± 0.51) benzerdi ($Z = -0.842$, $p = 0.4$). BDÖ-11 plansızlık alt ölçek puanlarında eş tanısı olan grubun (15.38 ± 5.31) ortalamaları eş tanısı olmayanlarla (13.64 ± 3.5) benzerdi ($Z = -0.894$, $p = 0.37$) (Şekil 6).

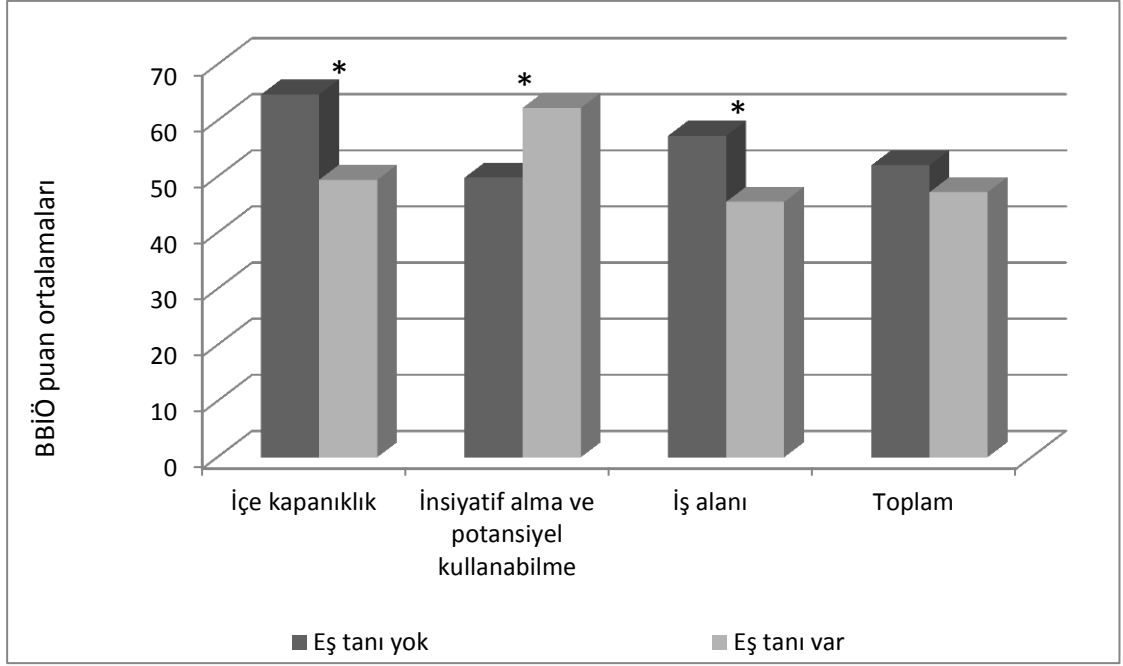


$p < 0.05^*$.

BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği, **DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.

Şekil 6. Katılımcıların dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eş tanısı olup olmamasına göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puanlarının karşılaştırılması

Çalışmamızda katılımcıların eş tanısı olup olmamasına göre BBIÖ puanları karşılaştırıldığında; BBIÖ içe kapanıklık alt ölçek puanlarında eş tanısı olan grubun (6.65 ± 0.19) ortalamaları, eş tanısı olmayanlara (7.31 ± 0.2) göre anlamlı derecede düşüktü ($Z = -2.516$, $p = 0.012$). BBIÖ inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme alt ölçek puanlarında eş tanısı olan grubun (5.5 ± 0.19) ortalamaları, eş tanısı olmayanlara (4.94 ± 0.21) göre anlamlı derecede yüksekti ($Z = -2.077$, $p = 0.038$). BBIÖ iş alanında işlevsellik alt ölçek puanlarında eş tanısı olan grubun (10.42 ± 0.18) ortalamaları, eş tanısı olmayanlara (10.96 ± 0.18) göre anlamlı derecede düşüktü ($Z = -2.101$, $p = 0.036$). BBIÖ toplam, duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, ev içi ilişkiler, arkadaşlarıyla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobiler alt ölçek puanları karşılaştırıldığında eş tanısı olan grubun ortalamalarıyla eş tanısı olmayan grubun ortalamaları benzerdi ($p > 0.05$) (Şekil 7).



p<0.05*.

BBIÖ: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği.

Şekil 7. Katılımcıların eş tanısı olup olmamasına göre Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Tablo 11’de katılımcıların Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarıyla Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği’nin toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki görülmektedir. Korelasyon matrisine bakıldığında BBIÖ ve BDÖ-11’in toplam puanları arasında ($r=-0.33$) istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.001$), negatif ilişki bulundu. BBIÖ’nün toplam puanıyla BDÖ-11’in dikkat ve plansızlık alt ölçek puanları arasında ($r=-0.32$ ve $r=-0.28$) istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.007$ ve $p=0.002$), negatif ilişki bulundu. BBIÖ’nün duygusal işlevsellik alt ölçek puanlarıyla BDÖ-11’in toplam ve dikkat alt ölçek puanları arasında ($r=-0.21$ ve $r=-0.26$) istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.035$ ve $p=0.006$), negatif ilişki bulundu. BBIÖ’nün zihinsel işlevsellik alt ölçek puanlarıyla BDÖ-11’in dikkat alt ölçek puanları arasında ($r=-0.20$) istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.043$), negatif ilişki bulundu. BBIÖ’nün cinsel işlevsellik alt ölçek puanlarıyla BDÖ-11’in motor alt ölçek puanları arasında ($r=0.26$) istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.007$), pozitif ilişki bulundu. BBIÖ’nün damgalanma alt ölçek puanlarıyla BDÖ-11’in toplam, dikkat ve plansızlık alt ölçek puanları arasında (sırasıyla; $r=-0.24$, $r=-0.33$, $r=-0.22$) istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla; $p=0.015$, $p<0.001$, $p=0.023$), negatif ilişki bulundu. BBIÖ’nün içerik kapalı alt ölçek puanlarıyla BDÖ-11’in toplam, dikkat, motor ve plansızlık alt ölçek puanları arasında (sırasıyla; $r=-0.36$, $r=-0.33$, $r=-0.28$, $r=-0.27$) istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla; $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.004$, $p=0.005$),

negatif ilişki bulundu. BBIÖ'nün ev içi ilişkiler alt ölçek puanlarıyla BDÖ-11'in toplam, dikkat, motor ve plansızlık alt ölçek puanları arasında (sırasıyla; $r=-0.31$, $r=-0.22$, $r=-0.25$, $r=-0.31$) istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla; $p=0.002$, $p=0.021$, $p=0.011$, $p=0.001$), negatif ilişki bulundu. BBIÖ'nün arkadaşlarıyla ilişkiler alt ölçek puanlarıyla BDÖ-11'in toplam, dikkat ve plansızlık alt ölçek puanları arasında (sırasıyla; $r=-0.26$, $r=-0.19$, $r=-0.25$) istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla; $p=0.01$, $p=0.047$, $p=0.008$), negatif ilişki bulundu. BBIÖ'nün günlük etkinlikler ve hobiler alt ölçek puanlarıyla BDÖ-11'in toplam ve plansızlık alt ölçek puanları arasında (sırasıyla; $r=-0.21$, $r=-0.27$) istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla; $p=0.032$ ve $p=0.005$), negatif ilişki bulundu. BBIÖ'nün toplumsal etkinliklere katılım, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve iş alanında işlevsellik alt ölçek puanlarıyla BDÖ-11'in toplam, dikkat, motor ve plansızlık alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Tablo 11. Katılımcıların Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puanlarıyla Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	BDÖ-11 Dikkat	BDÖ-11 Motor	BDÖ-11 Plansızlık	BDÖ-11 Toplam
	r	r	r	r
BBIÖ toplam	-0.28**	-0.17	-0.32**	-0.33**
Duygusal işlevsellik	-0.26**	-0.09	-0.17	-0.21*
Zihinsel işlevsellik	-0.20*	-0.04	-0.15	-0.16
Cinsel işlevsellik	0.03	0.260**	-0.03	0.08
Damgalanma hissi	-0.33***	-0.01	-0.22*	-0.24*
İçe kapanıklık	-0.33***	-0.28**	-0.27**	-0.36***
Ev içi ilişkiler	-0.22*	-0.25*	-0.31**	-0.31**
Arkadaşlarıyla ilişkiler	-0.19*	-0.13	-0.25**	-0.26*
Toplumsal etkinliklere katılım	0.06	-0.06	0.17	0.10
Günlük etkinlikler ve hobiler	-0.05	-0.15	-0.27*	-0.21*
İnsiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme	0.09	0.06	-0.14	0.004
İş alanında işlevsellik	-0.16	-0.14	-0.04	-0.16

$p<0.05$ *, $p<0.01$ **, $p<0.001$ ***.

BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği, **BBIÖ:** Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği.

Tablo 12’de katılımcılardan eş tanısı olmayanlarda Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarıyla Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği’nin toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki görülmektedir. Korelasyon matrisine bakıldığında BBİÖ ve BDÖ-11’in toplam puanları arasında ($r=-0.40$) istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.009$), negatif ilişki bulundu. BBİÖ’nün toplam puanıyla BDÖ-11’in plansızlık alt ölçek puanları arasında ($r=-0.51$) istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$), negatif ilişki bulundu. BBİÖ’nün duygusal işlevsellik alt ölçek puanlarıyla BDÖ-11’in toplam, dikkat ve plansızlık alt ölçek puanları arasında (sırasıyla; $r=-0.40$, $r=-0.38$, $r=-0.40$) istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla; $p=0.005$, $p=0.006$, ve $p=0.004$), negatif ilişki bulundu. BBİÖ’nün zihinsel işlevsellik alt ölçek puanlarıyla BDÖ-11’in dikkat, motor, plansızlık alt ölçek ve toplam puanları arasında (sırasıyla; $r=-0.37$, $r=-0.29$, $r=-0.36$ ve $r=-0.41$) istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla; $p=0.008$, $p=0.041$, $p=0.009$ ve $p=0.005$), negatif ilişki bulundu. BBİÖ’nün damgalanma alt ölçek puanlarıyla BDÖ-11’in toplam ve plansızlık alt ölçek puanları arasında (sırasıyla; $r=-0.33$, $r=-0.33$) istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla; $p=0.022$ ve $p=0.02$), negatif ilişki bulundu. BBİÖ’nün içe kapanıklık alt ölçek puanlarıyla BDÖ-11’in toplam ve plansızlık alt ölçek puanları arasında (sırasıyla; $r=-0.32$, $r=-0.41$) istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla; $p=0.03$ ve $p=0.003$), negatif ilişki bulundu. BBİÖ’nün ev içi ilişkiler alt ölçek puanlarıyla BDÖ-11’in toplam ve plansızlık alt ölçek puanları arasında (sırasıyla; $r=-0.38$, ve $r=-0.44$) istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla; $p=0.008$ ve $p=0.001$), negatif ilişki bulundu. BBİÖ’nün arkadaşlarıyla ilişkiler alt ölçek puanlarıyla BDÖ-11’in toplam ve plansızlık alt ölçek puanları arasında (sırasıyla; $r=-0.33$, $r=-0.46$) istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla; $p=0.024$, $p=0.001$), negatif ilişki bulundu. BBİÖ’nün toplumsal etkinliklere katılım alt ölçek puanlarıyla BDÖ-11’in plansızlık alt ölçek puanları arasında ($r=0.37$) istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.008$), pozitif ilişki bulundu. BBİÖ’nün cinsel işlevsellik, günlük etkinlikler ve hobiler, insiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve iş alanında işlevsellik alt ölçek puanlarıyla BDÖ-11’in toplam, dikkat, motor ve plansızlık alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Tablo 12. Eş tanısı olmayan katılımcıların Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puanlarıyla Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	BDÖ-11 Dikkat	BDÖ-11 Motor	BDÖ-11 Plansızlık	BDÖ-11 Toplam
	r	r	r	r
BBIÖ toplam	-0.18	-0.27	-0.51****	-0.40**
Duygusal işlevsellik	-0.38**	-0.11	-0.40**	-0.40**
Zihinsel işlevsellik	-0.37**	-0.29*	-0.36**	-0.41**
Cinsel işlevsellik	0.003	0.09	-0.15	0.06
Damgalanma hissi	-0.23	-0.24	-0.33*	-0.33*
İçe kapanıklık	-0.26	-0.13	-0.41**	-0.32*
Ev içi ilişkiler	-0.22	-0.24	-0.44**	-0.38**
Arkadaşlarıyla ilişkiler	-0.10	-0.22	-0.46**	-0.33*
Toplumsal etkinliklere katılım	0.06	0.12	0.37**	0.20
Günlük etkinlikler ve hobiler	0.12	-0.15	-0.22	-0.07
İnsiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme	0.18	-0.06	-0.22	-0.002
İş alanında işlevsellik	-0.08	-0.07	-0.24	-0.18

p<0.05*,p<0.01 **,p<0.001***.

BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği, **BBIÖ:** Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği.

TARTIşMA

Özellikle son yıllarda bipolar bozukta işlevsellik kayıplarının bir istisna olmadığı hem hastalık dönemlerinde hem de ötimik dönemlerde yoğun işlevsellik kayıplarının olduğu ortaya konmuştur (2-5). Literatürde işlevselliği etkileyen faktörlere dair birçok çalışma olmakla birlikte bu çalışmalar özellikle klinik değişkenler ve sosyodemografik verilere odaklanmaktadır. Ancak bipolar bozukluğun temel karakteristiği olarak gösterilen dürtüsellik ve işlevsellik üzerine yeterli çalışma bulunmamaktadır (6-8).

Çalışmamızın en önemli bulgusu, katılımcıların BDÖ-11 puanlarıyla BBIÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ilişki bulunmasıydı. Literatürde bipolar bozuklukta dürtüsellik ve işlevsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen Jimenez ve ark. (23) 138 bipolar hastada, Lombardo ve ark. (24) 54 bipolar hastada yaptıkları çalışmalarda, çalışmamıza benzer bir şekilde ötimik bipolar hastalarda dürtüsellik ve işlevsellik arasında ilişki bulmuşlardır. Bipolar bozukluğun ve onun arkasındaki etiyolojik faktörlerin hem dürtüsellik hem de işlevselliği olumsuz etkilediği düşünülmelidir. Dürtüsellik ve işlevsellik arasındaki neden sonuç ilişkisiyle ilgili daha net verilere gereksinim vardır.

Yapılan çalışmalar bipolar bozukluğun yanı sıra dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, dürtü kontrol bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozukluk tanılı hastaların sağlıklı kontrollere göre daha yüksek dürtüsellik düzeyleri olduğunu ortaya koymaktadır (75). Çalışmamızda dürtüsellikle işlevsellik arasındaki ilişkide eş tanının karıştırıcı etkisini ortadan kaldırmak için eş tanısı olan katılımcılar dışlandığında eş tanısı olmayan katılımcılarda dürtüsellikle işlevsellik arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ilişki tespit edildi. Bu sonuç bipolar bozuklukta dürtüsellikle işlevsellik arasındaki ilişkinin psikiyatrik eş tanıların doğasında bulunan dürtüsellikten bağımsız olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda işlevsellik ile dürtüsellüğün motor, plansızlık ve dikkat alanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde özellikle işlevsellik ile plansızlık alanındaki dürtüsellik arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ilişki vardı. Bu sonuç hastalıklarının aktif döneminde olmayan bipolar bozukluğu olan hastaların özellikle plansızlık alanındaki dürtüselliklerinin işlevselliklerini olumsuz etkilediğine işaret etmektedir. Jimenez ve ark. (23)'nın "Functioning Assessment Short Test" (kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği) (132) kullanarak yaptıkları çalışmada ise plansızlık alanındaki dürtüsellüğün işlevselliği anlamlı derecede bozduğu tespit edilmişse de işlevsellikte en fazla bozulmaya dikkat alanındaki dürtüsellüğün yol açtığı tespit edilmiştir. Çalışmamız ile bu çalışma arasında oluşan farkın işlevsellik alanında iki çalışmada farklı ölçekler kullanılmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda dürtüsellüğün işlevselliğin alt boyutlarıyla ilişkisi incelendiğinde dürtüsellik ile duygusal, zihinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, arkadaş ilişkileri alanlarındaki işlevsellik arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ilişki vardı. Çalışmamızda dürtüsellik ile cinsel işlevsellik, günlük etkinlikler ve hobi alanında işlevsellik, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve mesleki işlevsellik alanlarında ilişki tespit edilmedi. Ayrıca plansızlık alanındaki dürtüsellik ile toplumsal etkinliklere katılım alanındaki işlevsellik arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif ilişki vardı. Jimenez ve ark. (23) yaptıkları çalışmada dürtüsellüğün özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, finansal işlevsellikte bozulmaya neden olduğunu, ancak kişiler arası ilişki ve boş zamanları değerlendirme alanındaki işlevsellikte bozulma olmadığını tespit etmişlerdir. Bu çalışmanın sonuçlarıyla çalışmamızın sonuçları benzerdi. Ancak Jimenez ve ark. çalışmamızdan farklı olarak mesleki işlevsellikte ilişki tespit etmişlerdir. Çalışmamızda ise Jimenez ve ark.'nın çalışmasından farklı olarak dürtüsellik ile kişiler arası ilişki arasında ilişki tespit edildi. Çalışmamız sonucunda bipolar bozuklukta ötimik dönemlerde eş tanıdan bağımsız olarak dürtüsellik ile; duygusal, zihinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, arkadaş ilişkileri alanlarındaki işlevselliğin negatif yönde ilişkili olduğu sonucuna varılabilir. Ayrıca dürtüsellüğün cinsel işlevselliği olumsuz olarak etkilemediği ve özellikle plansızlık alanında dürtüsellüğün toplumsal etkinliklere katılımı olumlu etkileyebileceği sonucuna varılabilir. Jimenez ve ark.'nın çalışması ile çalışmamız arasında dürtüsellik ile bazı işlevsellik alanlarındaki ilişki sonucu farklılıklarının yapılacak yeni çalışmalar ile ortaya konması gerekliliği sonucuna varılabilir.

Bipolar bozuklukta psikotik belirtiler sıktır (4). Suppes ve ark. (133) yaptıkları çalışmada bipolar I bozuklukta psikotik bozukluğun %67 oranında olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda %84 oranında psikotik özellik öyküsü tespit edilmiştir. Çalışmamız literatüre

benzer bir şekilde bipolar I bozukluğu olan hastalarda psikotik özelliğın oldukça sık olduğu sonucunu desteklemektedir.

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda intihar girişimi oldukça sıktır (134). Çalışmalar ölümle sonuçlanmayan intihar girişimi öyküsünün bipolar bozuklukta %20 ile %56 arasında olduğunu ortaya koymaktadır (14). Ülkemizde Akkaya ve ark. (135)'nın yaptıkları çalışmada intihar öyküsü %16.3 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda da literatürle uyumlu bir şekilde katılımcılarda intihar girişimi öyküsü %27.3 olarak tespit edilmiştir. Sonuç olarak çalışmamız önceki çalışmalarla uyumlu olarak bipolar bozukluğu olan hastalarda intihar girişimi öyküsünün sık olduğunu desteklemektedir.

Bipolar I bozukluğunun kadınlarla erkeklerde eşit oranlarda görüldüğü düşünülmektedir (44). Çalışmamızda katılımcıların %57.1'i kadın, %42.9'u erkekti. Kessing LV (136) çalışmasında 1719 bipolar hastadan oluşan grupta %54.2 kadın, %45.8 erkek oranı belirlemiştir. 539 bipolar hasta ile yapılan prospektif bir çalışmada %56 kadın oranına karşın, %44 erkek oranı belirlenmiştir (137). Stanley Foundation Bipolar izleme çalışmasında 261 hastanın %56'sı kadın, %44'ü ise erkektir (4).

Bipolar bozuklukta başlangıç yaşının geriye dönük olarak belirlenmesi zordur. Genel anlamda bipolar bozukluğun başlama yaşları yirmili yaşların başları olarak gösterilmektedir (42,138). Kennedy ve ark. (139)'nın yaptıkları çalışmada başlangıcın 16-25 yaşları arasında olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların hastalık başlangıç yaş ortalamaları 25.61 ± 9.36 olarak tespit edilmişti. Hastalık başlangıç yaşını çalışmamıza benzer şekilde 26 yaş civarında tespit etmiş çalışmalar da (135,140) bulunmakla beraber çalışmamızda hastalık başlangıç yaşının genel anlamda literatüre göre yüksek tespit edilmesinin çalışmanın anket şeklinde uygulaması ve katılımcıların ilk hastalık dönemi yaşlarını hatırlayamıyor olabileceklerinden kaynaklanabiliyor olabileceği düşünülebilir.

Bipolar I bozukluğu olan hastalarda yapılan çalışmalarda geriye dönük olarak hastalık dönemlerinin sayısının belirlenmesi güçtür. Jimenez ve ark. (23) yaptıkları çalışmada bipolar hastaların psikiyatrik öykülerinde geçirmiş oldukları depresif dönem sayısının (6.8 ± 6.5) manik dönem sayısından (4.9 ± 5.7) fazla olduğunu saptamışlardır. Neves ve ark. (141) bipolar bozukluk tanılı 168 hastada yaptıkları çalışmada hastaların psikiyatrik öykülerindeki manik dönem sayısının (9.8 ± 8.4), depresif dönem sayısından (4.7 ± 5.6) fazla olduğunu ortaya koymuşlardır. Akkaya ve ark. (135) ülkemizde bipolar bozukluk tanılı 584 hastada yaptıkları çalışmada hastaların psikiyatrik özgeçmişlerinde, en fazla manik dönemlerin (3.4 ± 2.9), daha sonra depresif (2.3 ± 1.8) dönemlerin görüldüğünü saptamışlardır. Çalışmamızda manik dönem ortalamaları 3.03 ± 2.25 , depresif dönem ortalamaları ise 1.69 ± 1.65 olarak tespit edildi.

Hastalık dönemlerinin sayısının belirlenmesindeki güçlük ve çalışmalardaki farklı sonuçlar nedeniyle bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerektiği düşünülebilir.

Çalışmamızda katılımcıların öykülerindeki manik dönem sayısı ile intihar sayısı arasında ve depresif dönem sayısı ile intihar sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif ilişki tespit edildi. Bipolar bozuklukta depresif dönem sayısı ile intihar sayısı arasında ilişki olduğu birçok çalışmayla doğrulanmıştır (14,141,142). Ancak manik dönem sayısı ve intihar sayısı konusunda çelişkili sonuçlar olmakla birlikte Leverich ve ark. (142) 648 bipolar hastada yaptıkları geniş kapsamlı bir çalışmada manik dönem sayısı ile intihar sayısı arasında ilişki tespit etmişlerdir. Çalışmamız geçirilmiş depresif ve manik dönem sayıları ile intihar girişimi sayısı arasında ilişki olduğu yönündeki verileri destekler niteliktedir. Hastaların hem ötimi hem de hastalık dönemlerindeki yüksek dürtüsellik düzeylerinin intihar girişimine etkisinin olduğu düşünülebilir.

Suppes ve ark. (133)'nın yaptıkları çalışmada erken başlangıç yaşı olanların depresif ve manik dönem sayılarının erken başlangıçlı olmayanlara göre daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmamızda hastalık başlangıç yaşı ile geçirilen manik dönem sayıları ve depresif dönem sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ilişki vardı. Sonuçlar erken başlangıç yaşı olan bipolar bozukluk hastalarında daha sık manik ve depresif dönem oluştuğu yönünde literatürde yer alan bilgiyi desteklemekteydi.

Bipolar bozukluk hastalarında yapılan çalışmalar geçmişte psikotik özellik öyküsü olan hastalarda dürtüsellik yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (84). Çalışmamızda öyküsünde psikotik özellik olan katılımcıların motor, plansızlık ve toplam BDÖ-11 puanları, öyküsünde psikotik özellik olmayanlara göre anlamlı derecede yüksekti. Sonuçlar psikotik belirtileri olan bipolar bozukluk hastalarında yüksek dürtüsellik olduğu yönündeki verileri destekler niteliktedir.

Çalışmamızda katılımcıların yaşları ile BDÖ-11 toplam puanları, dikkat ve motor alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ilişki vardı. Ancak önceki çalışmalarda dürtüsellikle yaş arasında ilişki olduğunu (143) belirtenler olduğu gibi ilişki olmadığını (7,144) belirtenler de vardır. Sonuç olarak yaş ile dürtüsellik arasındaki ilişki konusunda literatürde çelişkili sonuçlar vardır ve konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılmasının gerektiği düşünülebilir.

Taylor ve ark. (20) yaptıkları çalışmada anksiyete bozukluğu eş tanısı olan hastalarda BDÖ-11 toplam, dikkat ve plansızlık alt ölçek puanlarının yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Swann ve ark. (85) alkol-madde kullanım bozukluğu öyküsü olan bipolar bozukluk tanılı hastaların alkol-madde kullanım bozukluğu olmayan hastalara ve sağlıklı kontrol grubuna

göre daha yüksek dürtüsellik düzeyi gösterdiklerini saptamışlardır. Çalışmamızda eksen I eş tanısı olan katılımcıların dikkat, motor ve toplam BDÖ-11 puanları eş tanısı olmayan katılımcılardan anlamlı derecede yüksekti. Sonuç olarak çalışmamız bipolar bozukluğu olanlardan eş tanılıların dürtüsellik seviyelerinin eş tanısı olmayanlara göre daha yüksek düzeyde olduğuna ilişkin literatür bilgisini desteklemektedir.

Martinez ve ark. (123)'nın ötimik bipolar hastalarda yaptıkları çalışmada daha fazla sayıda psikotrop ilaç kullanımı olan hastaların işlevsellik düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda ilaç uyumu iyi olan katılımcıların işlevsellik düzeyleri ilaç uyumu kötü olan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksekti. Bu durum ilaç uyumunun işlevsellik üzerine olumlu etkisi olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Ancak bu durum işlevsellik düzeyi iyi olan katılımcıların ilaçlarını daha düzenli kullandıkları şeklinde de yorumlanabilir.

Bipolar bozuklukla ilgili yapılan çalışmalarda cinsiyetin işlevselliği etkileyen bir faktör olduğunu ortaya koyan çalışmalar olduğu gibi (118) cinsiyet ve işlevsellik arasında ilişki olmadığını ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (22,23). Çalışmamızda erkeklerin cinsel işlevsellik, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme düzeyleri kadınlardan anlamlı derecede yüksekti. Bunun yanında kadınların ev içi ilişkiler ve toplumsal etkinliklere katılım düzeyleri erkeklerden anlamlı derecede yüksekti.

Jimenez ve ark. (23) yaptıkları çalışmada yaş ile bilişsel ve kişilerarası işlevsellik arasında pozitif ilişki tespit etmişlerdir. Çalışmamızda katılımcıların yaşları ile cinsel işlevsellik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ilişki; ev içi işlevsellik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif ilişki vardı. Veriler bipolar bozukluğu olanlarda yaş ilerledikçe kişilerarası ilişkilerdeki işlevselliğin arttığı yönündeki bilgiyi desteklemektedir.

Romans ve McPherson (145) yaptıkları çalışmada hastalık süresi ve geçirilen dönemlerin sayısı arttıkça sosyal işlevselliğin bozulduğunu özellikle de manik dönemlerin sosyal işlevselliği olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Rosa ve ark. (5) manik dönemler ve depresif semptomlarla işlevsellik arasında ilişki tespit etmişlerdir. Benzer bir şekilde Jimenez ve ark. (23) da geçirilmiş duygudurum dönemlerinin sayısı, depresif ve manik semptomlar ile işlevsellik arasında negatif ilişki tespit etmişlerdir. Çalışmamızda katılımcıların öykülerindeki manik dönem sayıları ile mesleki işlevsellik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ilişki vardı. Ayrıca katılımcıların öykülerindeki depresif dönem sayıları ile damgalanma hissi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ilişki vardı. Bu sonuç, ötimik dönemde olsalar da hastaların geçirmiş oldukları dönem sayılarının işlevselliklerinde bozulmaya yol açabileceğini düşündürmektedir.

Önceki çalışmalar eksen I eş tanısının duygudurum bozukluklarında işlevselliği etkilediğini ortaya koymaktadır (21). Hajek ve ark. (22) yaptıkları çalışmada psikiyatrik eş tanının işlevselliği olumsuz etkilediğini tespit etmişlerdir. Rosa ve ark. (5) ötimik hastalarda yaptıkları çalışmada işlevsellikle eş tanı arasında anlamlı ilişki tespit etmemişlerdir. Benzer bir şekilde Jimenez ve ark. (23) ötimik bipolar hastalarda kısa işlevsellik değerlendirme ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada eş tanı ile toplam işlevsellik arasında ilişki tespit etmemişlerdir. Çalışmamızda da işlevsellikle eş tanı arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bu sonuç bipolar bozuklukta eş tanı varlığının işlevsellik üzerine etkisinin olmadığı şeklindeki literatür bilgisini desteklemekle birlikte bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu şeklinde yorumlanabilir.

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda psikiyatrik eş tanıları sıklığı (9;10). Pini ve ark. (11) bipolar bozukluklu hastaların %60,8'inin, McElroy ve ark. (12) ise %65'inin en az bir eksen-I eş tanıya sahip olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde Ünal ve ark. (13) ötimik bipolar bozukluk tanılı hastalarla yaptıkları çalışmada %46 eksen I eş tanı belirtmişlerdir. Çalışmamızda önceki çalışmalarla uyumlu bir şekilde %53.5 oranında yaşam boyu eksen I eş tanısı saptanmıştır. Bu sonuç bipolar bozuklukta eksen I eş tanı varlığının sıklığını ortaya koymaktadır.

Çalışmalar bipolar bozukluk hastalarında yaşam boyu anksiyete bozukluğu eş tanısı oranı %24-93 arasında bildirmektedir (18). Boylan ve ark. (65) 138 bipolar bozukluklu hastada yaptıkları çalışmada hastaların %55.8'inde anksiyete bozukluğu eş tanısı bulunduğunu bildirmişlerdir. Ülkemizde yapılan bir klinik çalışmada ise, Tamam ve Özpoyraz (18) bipolar I bozukluk tanısı konmuş remisyondaki hastalarda, yaşam boyu anksiyete bozukluğu eş tanı sıklığının %61.4 olduğunu bulmuşlardır. Çalışmamızda da anksiyete bozukluğu eş tanısı görülme oranı %42.8 olarak belirlenmiştir.

Literatürde bipolar bozukluğa eşlik eden anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ile ilgili farklı sonuçlar ve farklı sıralamalar bildirilmiştir. Simon ve ark. (16) 500 bipolar bozukluklu hastada yaşam boyu sosyal fobi %23.2, YAB %19.1, TSSB %18.8, panik bozukluk %18.3, OKB %10.9 olduğunu bildirmişlerdir. McElroy ve ark. (12) 288 bipolar hasta ile yaptıkları çalışmada en sık görülen yaşam boyu anksiyete bozukluğunun panik bozukluk (%20) olduğunu, bunu sosyal fobi (%16), özgül fobi (%11), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (%9), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) (%7) ve yaygın anksiyete bozukluğunun (YAB) (%3) izlediğini bildirmişlerdir. Boylan ve ark. (65)'nin çalışmasında en sık görülen anksiyete bozukluğu eş tanısının YAB (%31) olduğu YAB'yi sırasıyla, panik bozukluk (%27), sosyal fobi (%17), TSSB (%15), özgül fobi (%10) ve OKB (%9) izlediği bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda Tamam ve Özpoyraz (18) bipolar I bozukluk tanılı remisyondaki

hastalarda yaptıkları çalışmada yaşam boyu en sık görülen anksiyete bozukluğu eş tanısının, OKB (%39) olduğunu bunu sırasıyla, özgül fobi (%26), sosyal fobi (%20), TSSB (%14), YAB (%14) ve panik bozukluğun (%10) izlediğini belirtmişlerdir. Ünal ve ark. (13)'nın ötimik bipolar bozukluk tanılı hastalarda yaptıkları çalışmada bipolar bozukluğa en fazla eşlik eden anksiyete bozukluğunun %16 oranı ile panik bozukluk olduğu saptanmış, ancak; OKB %24, sosyal fobi %16, basit fobi-özgül fobi %6 ve YAB %4 oranında saptanmıştır. Çalışmamızda bipolar bozukluğa en sık eşlik eden anksiyete bozukluğu özgül fobi (%14.3) olarak tespit edilmişti. Onu sırasıyla panik bozukluk (%9.8), YAB (%8.9), TSSB (%8), sosyal fobi (%7.1), OKB (%7.1) tanıları izlemekteydi. Çalışmalardan elde edilen bu farklı sonuçların özellikle örnekleme oluşturan hastaların tanı dağılımlarının farklı olması, klinik özellikler, yapılan görüşmeler sırasında hastaların mani ya da depresyon döneminde olmaları ve kullanılan tedavi yaklaşımlarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Literatürde bipolar bozuklukta madde bağımlılığı %14-60, alkol bağımlılığı ise %6-69 arasında değişmektedir (66). Mc Elroy ve ark. (12) çalışmasında bipolar I bozukluk tanılı hastalarda yaşam boyu alkol kötüye kullanımı oranını %36 olarak saptamıştır. Çalışmamızda alkol kullanım bozuklukları katılımcıların %8.9'unda, madde kullanım bozuklukları %0.8'inde tespit edilmiştir. Çalışmamızda literatürden farklı olarak alkol ve madde kullanım bozukluğu eş tanısı daha düşük saptandı. Literatür bilgileriyle karşılaştırıldığında daha düşük oranda alkol ve madde kullanım bozukluğunun bulunması, alkol ve madde kullanımına olumlu bakılmaması ve kişilerin alkol ve madde kullanımlarını açıklama konusundaki çekingenlikleriyle açıklanabileceği düşünülebilir.

Nierenberg ve ark. (71) 1000 bipolar bozukluk tanılı hastanın değerlendirildiği çalışmalarında hastaların %9.5'inde yaşam boyu DEHB eş tanısı tespit etmişlerdir. Ülkemizde Tamam ve ark. (72) ötimik dönemde olan 44 bipolar bozukluk hastasının %15.9'unda erişkin DEHB tespit etmişlerdir. Ateşçi ve ark. (73) bipolar I bozukluk hastalarında yaptıkları çalışmada %21.7 oranında erişkin DEHB eş tanısı bulunmuştur. Çalışmamızda yaşam boyu DEHB eş tanısı katılımcıların %7.1'inde tespit edilmişlerdir.

Çalışmamızda intihar girişimi öyküsü olup olmaması eş tanı açısından değerlendirildiğinde; intihar girişimi olanların 21'inde (%70), intihar girişimi olmayanların 39'unda (%48.8) eş tanı saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Hawton ve ark. (14) yaptıkları metanaliz çalışmasında bipolar bozukluk hastalarında eksen I eş tanısı olanların intihar açısından risk oluşturduğu sonucuna varmışlardır. Ülkemizde ve yurtdışında yapılan birçok çalışma bu veriyi desteklemektedir (15,16). Sonuçlar bipolar I bozuklukta eş tanı varlığının intihar girişimini arttırdığına işaret etmektedir.

Mc Elroy ve ark. (12) çalışmalarında eksen I eş tanısı ile erken yaşta başlayan duygudurum semptomları, hızlı döngü, daha uzun ve şiddetli hastalık dönemleri arasında ilişki bulmuşlardır. Literatürde bu sonuçları destekleyen birçok çalışma mevcuttur (13,16-18). Frank ve ark. (19) panik veya anksiyete puanı yüksek bipolar bozukluğu olan hastaların daha fazla depresif dönem geçirdiklerini, ancak manik dönem sayıları bakımından fark göstermediklerini tespit etmişlerdir. Çalışmamızda eş tanısı olan grupta eş tanı olmayanlara göre hastalık başlangıç yaş ortalamaları daha düşüktü, depresif dönem sayıları daha fazlaydı ve bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıydı. Ancak çalışmamızda hızlı döngülülük ve eş tanı arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Eş tanı ve klinik veriler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde çalışmamızın sonuçları literatürle uyumlu görülmekle birlikte hızlı döngü ve eş tanı arasında anlamlı ilişki tespit edilemedi. Bu durumun hızlı döngülü katılımcı sayısının yeterli olmamasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülebilir.

Bauer ve ark. (10) yaptıkları çalışma sonucu bipolar bozukluğu olan hastalarda eş tanı varlığının medeni durumu olumsuz etkilemekte olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda bekar olanların %73'ünde, evli olanların %46.8'inde eksen I eş tanısı saptanmış olup eş tanı açısından medeni durum anlamlı fark oluşturmaktaydı. Bu durum eş tanı varlığının medeni durumu olumsuz etkilemekte olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Crunelle ve ark. (146)'nın yaptıkları çalışmada DEHB tanılı hastalarda yüksek dürtüsellik düzeyleri saptanmıştır. Nandagopal ve ark. (147)'nin adolesanlarda yaptıkları çalışmada DEHB ve bipolar bozukluk tanılı hastaların dürtüsellik düzeyleri sağlıklı kontrollere göre daha yüksek bulunmuş; ancak DEHB eş tanısı olan ve olmayan bipolar hastaların dürtüsellik düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızda DEHB eş tanısı bulunanların BDÖ-11 puan ortalamaları DEHB eş tanısı olmayanlara göre yüksekti. Ancak bu fark sadece BDÖ-11 motor alandaki dürtüsellik alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlıydı. BDÖ-11 toplam, dikkat ve plansızlık alt ölçek puan ortalamalarının DEHB eş tanısı olan ve olmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamasının çalışmamızda DEHB eş tanısı olan hasta sayısının düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Kesitsel tanımlayıcı desende tasarlanmış olması, çalışmamızın kısıtlılıklarından biri olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle aralarında ilişki bulunan değişkenlerin neden sonuç ilişkileri ortaya konamamaktadır. Ayrıca çalışmamızın örneklemini sadece Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuru yapan gönüllülerden oluşmaktadır. Çalışmamızda elde edilen verilerin anket sonucu elde edilmesi nedeniyle, katılımcıların geçmiş bilgileri hatırlamakta zorluk çekebilecekleri, yasal kaygılar nedeniyle veya çekindikleri için bazı bilgilerini gizleme olasılıkları bulunması çalışmamızın

diğer kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Hastaların diğer bedensel hastalıkları, psikiyatrik tedavi için kullandıkları ilaçlar ve psikotrop ilaçlar dışında kullandıkları ilaçlar ve dozları çalışmamızda bildirilmedi.

SONUÇLAR

Çalışmamızda ötimik dönemdeki bipolar I bozukluk tanılı hastaların dürtüsellik ve işlevsellik düzeyleriyle, klinik ve sosyodemografik verileri arasında ilişki bulunup bulunmadığının, hastaların dürtüsellik düzeylerinin işlevselliklerini etkileyip etkilemediğinin, hastalardaki eksen I eş tanı sıklığı ve eş tanı varlığı ile işlevsellik ve dürtüsellik arasında ilişki olup olmadığının belirlenmesi konusunda literatüre katkıda bulunulması amaçlanmış olup çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1. Çalışmamızın en önemli bulgusu, katılımcıların BDÖ-11 puanlarıyla BBIÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ilişki bulunmasıydı. Bu ilişki eş tanısı olan katılımcılar dışlandığında da devam etmekteydi.
2. Çalışmamızda işlevsellik ile plansızlık alanındaki dürtüsellik arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ilişki vardı.
3. Dürtüsellik ile duygusal, zihinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler ve arkadaş ilişkileri alanlarındaki işlevsellik arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ilişki vardı.
4. Çalışmamıza katılan bipolar I bozukluk tanılı hastalarda %84 oranında psikotik özellik öyküsü, %27.3 oranında intihar girişimi öyküsü mevcuttu.
5. Katılımcıların öykülerindeki manik dönem sayısı ile intihar girişimi sayısı arasında ve depresif dönem sayısı ile intihar girişimi sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif ilişki tespit edildi.
6. Çalışmamızda hastalık başlangıç yaşı ile geçirilen manik dönem sayıları ve depresif dönem sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ilişki vardı.

7. Çalışmamızda öyküsünde psikotik özellik olan katılımcıların motor, plansızlık ve toplam BDÖ-11 puanları, öyküsünde psikotik özellik olmayanlara göre anlamlı derecede yüksekti.
8. Eksen I eş tanısı olan katılımcıların dikkat, motor ve toplam BDÖ-11 puanları eş tanısı olmayan katılımcılardan anlamlı derecede yüksekti.
9. İlaç uyumu iyi olan katılımcıların işlevsellik düzeyleri ilaç uyumu kötü olan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksekti.
10. Çalışmamızda katılımcıların %53.5'inde eksen I eş tanısı mevcuttu. Katılımcıların %42.8'inde anksiyete bozukluğu, %8.9'unda alkol kullanım bozuklukları, %0.8'inde madde kullanım bozuklukları, %7.1'inde erişkin tip dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eş tanısı tespit edildi.
11. Çalışmamızda eş tanısı olan grupta eş tanı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde hastalık başlangıç yaş ortalamaları daha düşüktü, bekar olanların sayısı daha fazlaydı, depresif dönem sayıları ve intihar girişim sayıları daha fazlaydı.

ÖZET

Bipolar Bozukluk; kronik, yineleyici mani, hipomani, karma ve depresif dönemleri iyilik dönemlerinin izlediği, bilişsel bozukluklar ile belirli, hasta ve çevresi üzerine yıkıcı etkisi olabilen psikiyatrik bir bozukluktur. Çalışmamızda bipolar I bozukluk tanılı hastaların sosyodemografik verilerinin, klinik özelliklerinin, eksen I eş tanılarının araştırılması ve bozukluğun temel karakteristiği olarak gösterilen dürtüsellik ile hastaların işlevsellik düzeyleri arasında ilişki olup olmadığının tespiti amaçlanmıştır.

Kesitsel tanımlayıcı desende tasarlanmış çalışmamızda Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne ayaktan başvuran bipolar I bozukluğu olan ötimik dönemdeki 112 hastaya araştırmacıların hazırladığı sosyodemografik veri formu, Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği, Wender Utah Derecelendirme Ölçeği Kısa Form uygulandı.

Çalışmamız sonucunda dürtüsellik ve ilaç uyumu ile işlevsellik arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ilişki tespit edildi ($p=0.009$, $p=0.05$). Ayrıca psikotik özellik öyküsü ($p=0.015$) ve eksen I eş tanı varlığı ile dürtüsellik arasında ilişki bulundu. Çalışmamızda katılımcıların %53.5'inde eksen I eş tanısı mevcuttu. Katılımcıların %42.8'inde anksiyete bozukluğu, %8.9'unda alkol kullanım bozuklukları, %0.8'inde madde kullanım bozuklukları, %7.1'inde erişkin tip dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eş tanısı tespit edildi. Çalışmamızda bipolar bozukluğa en sık eşlik eden anksiyete bozukluğu özgül fobi (%14.3) olarak tespit edildi. Onu sırasıyla panik bozukluk (%9.8), yaygın anksiyete bozukluğu (%8.9), travma sonrası stres bozukluğu (%8), sosyal fobi (%7.1), obsesif kompulsif bozukluk (%7.1) tanıları izlemekteydi. Çalışmamızda eş tanısı olan grubun eş tanısı olmayanlara göre anlamlı

biçimde hastalık başlangıç yaş ortalamaları daha düşüktü ($p<0.001$), bekar olanların sayısı daha fazlaydı ($p=0.013$), depresif dönem sayıları ($p=0.005$) ve intihar girişim sayıları daha fazlaydı ($p=0.041$). Çalışmamıza katılan bipolar I bozukluk tanılı hastalarda %84 oranında psikotik özellik öyküsü, %27.3 oranında intihar girişimi öyküsü mevcuttu. Çalışmamızda bipolar I bozukluk tanılı hastaların, ötimik dönemdeyken, dürtüsellik düzeyleri ile işlevsellik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Dürtüsellik, bipolar bozukluk, eş tanı

PSYCHIATRIC COMORBIDITY IMPULSIVITY AND THEIR EFFECTS ON FUNCTIONING IN EUTHYMIC PATIENTS WITH BIPOLAR I DISORDER

SUMMARY

Bipolar disorder is a psychiatric disorder which chronic, recurrent, mania, hypomania, mixed and depressive relapses followed by periods of well-being, devastating effects on the patient and their families and characterized by cognitive impairments. In this study, we aimed to research socio-demographic variables, clinical characteristics and axis I comorbidity of patient with bipolar disorder and determine if there is a relationship between impulsivity which shown as the main characteristic of disorder and functioning of the patients.

The universe of this cross sectional descriptive study was consisted of 112 euthymic outpatients with bipolar I disorder who is followed by Trakya University Faculty of Medicine, Clinic of Psychiatry. Socio-demographic data form created by the researchers, the Structured Clinical Interview for Axis I Disorders, Barratt Impulsiveness Scale-11, Bipolar Disorder Functioning Questionnaire and Short Form of Wender Utah Rating Scale was applied to the patients.

As a result of this study, there is significant negative relationship between impulsivity and medication compliance and functioning was detected ($p = 0.009$, $p = 0.05$). In our study, 53.5% of responders had comorbid axis I disorder. 42.8% anxiety disorder, 8.9% alcohol use disorder, 0.8% substance use disorder, 7.1% adult type of attention deficit hyperactivity

disorder comorbidity was detected. In our study, the most frequent comorbid anxiety disorder was specific phobia with 14.3%, followed by panic disorder 9.8%, generalized anxiety disorder 8.9%, post-traumatic stress disorder 8%, social phobia, 7.1% and obsessive-compulsive disorder 7.1%. In our study the mean age of onset in the group of patients with comorbidity was lower ($p < 0.001$), the number of those who are single was higher ($p = 0.013$), number of depressive episodes ($p = 0.005$) and the number of suicide attempts was higher ($p = 0.041$) than the patients without psychiatric comorbidity. In our study 84% of patients with bipolar I disorder had a history of psychotic features and 27.3% had a history of suicide. In our study, there is statistically significant negative relationship between levels of impulsivity and functioning was found in euthymic patients with bipolar I disorder.

Key words: Impulsivity, bipolar disorder, comorbidity

KAYNAKLAR

1. Işık E. Duygudurum bozuklukları. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. 1.baskı. İstanbul Görsel Sanatlar Yayınevi, 2003:467-83.
2. Calabrese JR, Hirschfeld RM, Reed M, Davies MA, Frye MA, Keck PE et al. Impact of bipolar disorder on a U.S. community sample. J Clin Psychiatry 2003;64(4):425-32.
3. Goetz I, Tohen M, Reed C, Lorenzo M, Vieta E. Functional impairment in patients with mania: baseline results of the EMBLEM study. Bipolar Disord 2007;9(1-2):45-52.
4. Kupka RW, Nolen WA, Altshuler LL, Denicoff KD, Frye MA, Leverich GS et al. The Stanley Foundation Bipolar Network. 2. Preliminary summary of demographics, course of illness and response to novel treatments. Br J Psychiatry 2001;41:177-83.
5. Rosa AR, Reinares M, Franco C, Comes M, Torrent C, Sanchez-Moreno J et al. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. Bipolar Disord 2009;11(4):401-9.
6. Swann AC, Anderson JC, Dougherty DM, Moeller FG. Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. Psychiatry Res 2001;101(2):195-7.
7. Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Steinberg JL, Moeller FG. Increased trait-like impulsivity and course of illness in bipolar disorder. Bipolar Disord 2009;11(3):280-8.
8. Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A, Dougherty DM, Moeller FG. Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. J Affect Disord 2003;73(1-2):105-11.
9. Chen YW, Dilsaver SC. Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey. Am J Psychiatry 1995;152(2):280-2.
10. Bauer MS, Altshuler L, Evans DR, Beresford T, Williford WO, Hauger R. Prevalence and distinct correlates of anxiety, substance and combined comorbidity in a multi-site public sector sample with bipolar disorder. J Affect Disord 2005;85(3):301-15.

11. Pini S, Dell'Osso L, Mastrocinque C, Marcacci G, Papasogli A, Vignoli S et al. Axis I comorbidity in bipolar disorder with psychotic features. *Br J Psychiatry* 1999;175:467-71.
12. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE, Frye MA, Denicoff KD et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:420-26.
13. Ünal A, Kuloğlu M, Atmaca M, Geçici Ö, Tezcan E. Bipolar bozukluğa eşlik eden eksen I ve eksen II tanıları. *Türkiye'de Psikiyatri* 2007;9(1):18-25.
14. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2005;66(6):693-704.
15. Altindag A, Yanik M, Nebioglu M. The comorbidity of anxiety disorders in bipolar I patients: prevalence and clinical correlates. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2006;43(1):10-5.
16. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M, Sagduyu K, Frank E et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2004;161(12):2222-9.
17. Black DW, Winokur G, Bell S, Nasrallah A, Hulbert J. Complicated mania. Comorbidity and immediate outcome in the treatment of mania. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(3):232-6.
18. Tamam L, Ozpoyraz N. Comorbidity of anxiety disorder among patients with bipolar I disorder in remission. *Psychopathology* 2002;35(4):203-9.
19. Frank E, Cyranowski JM, Rucci P, Shear MK, Fagiolini A, Thase ME et al. Clinical significance of lifetime panic spectrum symptoms in the treatment of patients with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(10):905-11.
20. Taylor CT, Hirshfeld-Becker DR, Ostacher MJ, Chow CW, LeBeau RT, Pollack MH et al. Anxiety is associated with impulsivity in bipolar disorder. *J Anxiety Disord* 2008;22(5):868-76.
21. Tohen M, Hennen J, Zarate CM, Baldessarini RJ, Strakowski SM, Stoll AL et al. Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2000;157(2):220-8.
22. Hajek T, Slaney C, Garnham J, Ruzickova M, Passmore M, Alda M. Clinical correlates of current level of functioning in primary care-treated bipolar patients. *Bipolar Disord* 2005;7(3):286-91.
23. Jimenez E, Arias B, Castellvi P, Goikolea JM, Rosa AR, Fananas L et al. Impulsivity and functional impairment in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2012;136(3):491-7.
24. Lombardo LE, Bearden CE, Barrett J, Brumbaugh MS, Pittman B, Frangou S et al. Trait impulsivity as an endophenotype for bipolar I disorder. *Bipolar Disord* 2012;14(5):565-70.

25. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 11. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2008.
26. Amerikan Psikiyatri Birliği (Çeviri: E. Köroğlu). Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı: Yeniden gözden geçirilmiş tam metin. (DSM-IV-TR) 4. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007:489-526.
27. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III and IV. Psychiatr Clin North Am 1999;22(3):517-34.
28. Pies R. The historical roots of the "bipolar spectrum": did Aristotle anticipate Kraepelin's broad concept of manic-depression? J Affect Disord 2007;100(1-3):7-11.
29. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. J Affect Disord 2001;67(1-3):3-19.
30. Akiskal HS. Duygudurum bozuklukları: klinik özellikler (Çeviri: A. Özerdem, N. Cengizçetin, K. Kora). Aydın H, Bozkurt A (Editörler). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8. baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007. s.1611-52.
31. Işık E, Taner E, Işık U. Güncel klinik psikiyatri. 2. baskı. Ankara: Asimetrik Paralel, 2008.
32. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. J Clin Psychopharmacol 1996;16(1-2):4-14.
33. Angst J, Gamma A. A new bipolar spectrum concept: a brief review. Bipolar Disord 2002;(1-4):11-4.
34. Köknel Ö. Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. Duygudurum Dizisi 2000;1(1):5-11.
35. Doğan O. Psikiyatrik epidemiyoloji. Sivas: Esform Ofset, 2011:253-66.
36. Schaffer A, Cairney J, Cheung A, Veldhuizen S, Levitt A. Community survey of bipolar disorder in Canada: lifetime prevalence and illness characteristics. Can J Psychiatry 2006;51(1):9-16.
37. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA 1996;276(4):293-9.
38. Akiskal HS. İki Uçlu bozuklukların sınıflandırılması, tanısı ve sınırları. (Çeviri editörü: T. Oral) İki Uçlu Bozukluk WPA Yayınları. 1. baskı. İstanbul: CSA Medikal Yayın Ajansı; 2002. s.12-28.
39. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Moller H, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. J Affect Disord 2000;59(1):5-30.

40. Carta MG, Angst J. Epidemiological and clinical aspects of bipolar disorders: controversies or a common need to redefine the aims and methodological aspects of surveys. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005;1:1-4.
41. Bijl RV, Ravelli A, Van ZG. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33(12):587-95.
42. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, Graaf RD, Demyttenaere K, Gasquet I et al. Lifetime prevalence and age of onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's world mental health survey initiative. *World Psychiatry* 2007;6:168-76.
43. McDonald WM, Nemeroff CB. The diagnosis and treatment of mania in the elderly. *Bull Menninger Clin* 1996;60(2):174-96.
44. Kawa I, Carter JD, Joyce PR, Doughty CJ, Frampton CM, Wells JE et al. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity and symptom presentation. *Bipolar Disord* 2005;7(2):119-25.
45. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson JM, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med* 1997;27(5):1079-89.
46. Burke KC, Burke JD, Regier DA, Rae DS. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47(6):511-8.
47. Yazıcı O. Bipolar I ve bipolar II bozuklukları. Köroğlu E, Güleç C (Editörler). *Psikiyatri temel kitabı*. 2. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007. s.265-78.
48. Savaş AH, Yumru M. Bipolar (iki uçlu) bozuklukta genetik çalışmalar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri* 2006;2:10-6.
49. Schulze TG. Genetic research into bipolar disorder: the need for a research framework that integrates sophisticated molecular biology and clinically informed phenotype characterization. *Psychiatr Clin North Am* 2010;33(1):67-82.
50. Craddock N, Jones I. Genetics of bipolar disorder. *J Med Genet* 1999;36(8):585-94.
51. Ozyildirim I, Cakir S, Yazici O. Impact of psychotic features on morbidity and course of illness in patients with bipolar disorder. *Eur Psychiatry* 2010;25(1):47-51.
52. Özcan S, Abay E. Bipolar bozukluğun genetiği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004;5:163-78.
53. Stahl MS. (Çeviri editörü: T. Oral). *Depresyon ve bipolar bozukluk, Stahl'ın temel psikofarmakolojisi*. 1. baskı. İstanbul: Sigma Publishing; 2010. s.48-58.
54. Larsen JK, Faber J, Christensen EM, Bendsen BB, Solstad K, Gjerris A et al. Relationship between mood and TSH response to TRH stimulation in bipolar affective disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2004;29(7):917-24.

55. Monkul S, Özerdem A. Bipolar bozuklukta yapısal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmaları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003;14(3):225-32.
56. Köroğlu E. Tanımlayıcı klinik psikiyatri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2004:253-323.
57. Yüksel N. Ruhsal hastalıklar. 2. baskı. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 2001.
58. Kilzieh N, Akiskal HS. Rapid-cycling bipolar disorder. An overview of research and clinical experience. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22(3):585-607.
59. Rihmer Z, Angst J. Duygudurum bozuklukları epidemiyoloji (Çeviri: M. Erdem, A.Bozkurt). Aydın H, Bozkurt A (Editörler). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8. baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007. s.1575-82.
60. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000;48(6):445-57.
61. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152(11):1635-40.
62. Simon GE, Hunkeler E, Fireman B, Lee JY, Savarino J. Risk of suicide attempt and suicide death in patients treated for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2007;9(5):526-30.
63. Lewis L. A consumer perspective concerning the diagnosis and treatment of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000;48(6):442-4.
64. Wilens TE, Biederman J, Wozniak J, Gunawardene S, Wong J, Monuteaux M. Can adults with attention deficit hyperactivity disorder be distinguished from those with comorbid bipolar disorder? Findings from a sample of clinically referred adults. *Biol Psychiatry* 2003;54(1):1-8.
65. Boylan KR, Bieling PJ, Marriott M, Begin H, Young LT, MacQueen GM. Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65(8):1106-13.
66. Krishnan KR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med* 2005;67(1):1-8.
67. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990;264(19):2511-8.
68. Özyıldırım İ, Yargıç İ, Berkol T, Karayün D, Yazıcı O. Bir duygudurum bozuklukları biriminde izlenen bipolar bozukluğu olan hastalarda alkol kullanım bozukluğunun sıklığı. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009;46(4):140-2.
69. Sherwood BE, Suppes T, Adinoff B, Rajan TN. Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis? *J Affect Disord* 2001;65(2):105-15.
70. Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2001;3(4):181-8.

71. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention deficit hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry* 2005;57(11):1467-73.
72. Tamam L, Tuglu C, Karatas G, Ozcan S. Adult attention-deficit hyperactivity disorder in patients with bipolar I disorder in remission: preliminary study. *Psychiatry and Clin Neurosci* 2006;60(4):480-5.
73. Ateşçi F, Tüysüzoğulları HD, Özdel O, Oğuzhanoğlu NK. Erişkinlerde bipolar I bozukluk ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eş tanısı: Bir ön çalışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2010;20:66-73.
74. Evenden JL. Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology* 1999;146(4):348-61.
75. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001;158(11):1783-93.
76. Hollander E, Evers M. New developments in impulsivity. *Lancet* 2001;358(9286):949-50.
77. Dickman SJ. Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *J Pers Soc Psychol* 1990;58(1):95-102.
78. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995;51(6):768-74.
79. Torregrossa MM, Quinn JJ, Taylor JR. Impulsivity, compulsivity and habit: the role of orbitofrontal cortex revisited. *Biol Psychiatry* 2008;63(3):253-5.
80. Karakuş G. Dürtüsellik. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri* 2009;2(1):10-9.
81. Peluso MA, Hatch JP, Glahn DC, Monkul ES, Sanches M, Najt P et al. Trait impulsivity in patients with mood disorders. *J Affect Disord* 2007;100(1-3):227-31.
82. Swann AC, Moeller FG, Steinberg JL, Schneider L, Barratt ES, Dougherty DM. Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disord* 2007;9(3):206-12.
83. Kwapil TR, Miller MB, Zinser MC, Chapman LJ, Chapman J, Eckblad M. A longitudinal study of high scorers on the hypomanic personality scale. *J Abnorm Psychol* 2000;109(2):222-6.
84. Ekinci O, Albayrak Y, Ekinci AE, Caykoylu A. Relationship of trait impulsivity with clinical presentation in euthymic bipolar disorder patients. *Psychiatry Research* 2011;190:259-64.
85. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Moeller FG. Impulsivity: a link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disord* 2004;6(3):204-12.

86. Kathleen HM, Bearden CE, Barguil M, Fonseca M, Serap ME, Nery FG et al. Conceptualizing impulsivity and risk taking in bipolar disorder: importance of history of alcohol abuse. *Bipolar Disord* 2009;11(1):33-40.
87. Victor SE, Johnson SL, Gotlib IH. Quality of life and impulsivity in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2011;13(3):303-9.
88. Swann AC, Steinberg JL, Lijffijt M, Moeller FG. Impulsivity: differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2008;106(3):241-8.
89. 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(2):218-28.
90. Kertzman S, Grinspan H, Birger M, Kotler M. Computerized neuropsychological examination of impulsiveness: A selective review. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2006;43(2):74-80.
91. Spinella M. Neurobehavioral correlates of impulsivity: evidence of prefrontal involvement. *Int J Neurosci* 2004;114(1):95-104.
92. Aron AR, Robbins TW, Poldrack RA. Inhibition and the right inferior frontal cortex. *Trends Cogn Sci* 2004;8(4):170-7.
93. Rieger M, Gauggel S, Burmeister K. Inhibition of ongoing responses following frontal, nonfrontal and basal ganglia lesions. *Neuropsychology* 2003;17(2):272-82.
94. Aron AR, Fletcher PC, Bullmore ET, Sahakian BJ, Robbins TW. Stop-signal inhibition disrupted by damage to right inferior frontal gyrus in humans. *Nat Neurosci* 2003;6(2):115-6.
95. Winstanley CA, Eagle DM, Robbins TW. Behavioral models of impulsivity in relation to ADHD: translation between clinical and preclinical studies. *Clin Psychol Rev* 2006;26(4):379-95.
96. Ongur D, Price JL. The organization of networks within the orbital and medial prefrontal cortex of rats, monkeys and humans. *Cereb Cortex* 2000;10(3):206-19.
97. Yazıcı K, Yazıcı AE. Dürtüsellik: biyolojik yaklaşım. Tamam L (Editör). Dürtü kontrol bozuklukları. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2009. s.37-66.
98. Yazıcı K, Yazıcı AE. Dürtüsellüğün nöroanatomik ve nörokimyasal temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010;2:254-80.
99. Linnoila M, Virkkunen M, George T, Higley D. Impulse control disorders. *Int Clin Psychopharmacol* 1993;8(1):53-6.
100. Leyton M, Okazawa H, Diksic M, Paris J, Rosa P, Mzengeza S et al. Brain Regional alpha-(11C) methyl-L-tryptophan trapping in impulsive subjects with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158(5):775-82.

101. Kalenscher T, Ohmann T, Gunturkun O. The neuroscience of impulsive and self-controlled decisions. *Int J Psychophysiol* 2006;62(2):203-11.
102. Dalley JW, Mar AC, Economidou D, Robbins TW. Neurobehavioral mechanisms of impulsivity: fronto-striatal systems and functional neurochemistry. *Pharmacol Biochem Behav* 2008;90(2):250-60.
103. Schoffelmeer AN, Hogenboom F, Wardeh G, De Vries TJ. Interactions between CB1 cannabinoid and mu opioid receptors mediating inhibition of neurotransmitter release in rat nucleus accumbens core. *Neuropharmacology* 2006;51(4):773-81.
104. Lane SD, Cherek DR, Tcheremissine OV, Lieving LM, Pietras CJ. Acute marijuana effects on human risk taking. *Neuropsychopharmacology* 2005;30(4):800-9.
105. Ramaekers JG, Kauert G, Van RP, Theunissen EL, Schneider E, Moeller MR. High-potency marijuana impairs executive function and inhibitory motor control. *Neuropsychopharmacology* 2006;31(10):2296-303.
106. Özdemir O. Psikiyatride boyutsal yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012;4(3):315-34.
107. Levav I, Rutz W. The WHO World Health Report 2001 new understanding-new hope. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2002;39(1):50-6.
108. Strakowski SM, Williams JR, Fleck DE, DelBello MP. Eight month functional outcome from mania following a first psychiatric hospitalization. *J Psychiatr Res* 2000;34(3):193-200.
109. Bauer MS, Kirk GF, Gavin C, Williford WO. Determinants of functional outcome and healthcare costs in bipolar disorder: a high-intensity follow-up study. *J Affect Disord* 2001;65(3):231-41.
110. Keck PE. Long-term management strategies to achieve optimal function in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67(9):19-24.
111. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Kogan JN, Sachs GS et al. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007;164(9):1340-7.
112. Scott J, Gutierrez MJ. The current status of psychological treatments in bipolar disorders: a systematic review of relapse prevention. *Bipolar Disord* 2004;6(6):498-503.
113. Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993;150(5):720-7.
114. Judd LL, Schettler PJ, Solomon DA, Maser JD, Coryell W, Endicott J et al. Psychosocial disability and work role function compared across the long-term course of bipolar I, bipolar II and unipolar major depressive disorders. *J Affect Disord* 2008;108(1-2):49-58.

115. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA et al. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(12):1322-30.
116. Coryell W, Solomon D, Turvey C, Keller M, Leon AC, Endicott J et al. The long-term course of rapid-cycling bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(9):914-20.
117. Bauwens F, Pardoën D, Staner L, Dramaix M, Mendlewicz J. Social adjustment and the course of affective illness: a one-year controlled longitudinal study involving bipolar and unipolar outpatients. *Depress Anxiety* 1998;8(2):50-7.
118. Morriss RK, Faizal MA, Jones AP, Williamson PR, Bolton C, McCarthy JP. Interventions for helping people recognise early signs of recurrence in bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):48-54.
119. Keck PE, McElroy SL, Strakowski SM, West SA, Sax KW, Hawkins JM et al. 12 month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry* 1998;155(5):646-52.
120. Robb JC, Cooke RG, Devins GM, Young LT, Joffe RT. Quality of life and lifestyle disruption in euthymic bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 1997;31(5):509-17.
121. Altshuler LL, Post RM, Black DO, Keck PE, Nolen WA, Frye MA et al. Subsyndromal depressive symptoms are associated with functional impairment in patients with bipolar disorder: results of a large, multisite study. *J Clin Psychiatry* 2006;67(10):1551-60.
122. Bonnin CM, Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Sole B, Reinares M, Rosa AR et al. Subthreshold symptoms in bipolar disorder: impact on neurocognition, quality of life and disability. *J Affect Disord* 2012;136(3):650-9.
123. Martinez-Aran A, Vieta E, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Goikolea JM, Salamero M et al. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disord* 2007;9(1-2):103-13.
124. Kara Özer S, Uluşahin A, Kabakçı E. Bipolar hastalarda ataklar arası dönemde tedavi ve gidiş ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12(2):111-20.
125. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik versiyon, SCID-I. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999.
126. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996;4:251-9.
127. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F. Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;13:107-14.
128. Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Zengin M ve ark. Psychometric properties of Turkish version of Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008;18:251-8.

129. Aydemir Ö, Eren İ, Savaş H, Kalkan Oğuzhanoğlu N, Koçal N, Devrimci Özgüven H ve ark. Bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirlik ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(4):344-52.
130. Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V. Wender-Utah derecelendirme ölçeği Türkçe formunun erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005;16(4):252-9.
131. Hayran M, Hayran M. Sağlık araştırmaları için temel istatistik. Ankara: Omega Araştırma, 2011:313.
132. Rosa AR, Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007;3:1-8.
133. Suppes T, Leverich GS, Keck PE, Nolen WA, Denicoff KD, Altshuler LL et al. The Stanley Foundation bipolar treatment outcome network. II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *J Affect Disord* 2001;67(1-3):45-59.
134. Marangell LB, Bauer MS, Dennehy EB, Wisniewski SR, Allen MH, Miklowitz DJ et al. Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. *Bipolar Disord* 2006;8(2-5):566-75.
135. Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N ve ark. Türkiye'de bipolar I bozukluğu hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri-HOME çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2012;22(1):31-42.
136. Kessing LV. Gender differences in the phenomenology of bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2004;6(5):421-5.
137. Kupka RW, Luckenbaugh DA, Post RM, Suppes T, Altshuler LL, Keck PE et al. Comparison of rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar disorder based on prospective mood ratings in 539 outpatients. *Am J Psychiatry* 2005;162(7):1273-80.
138. De GR, Bijl RV, Spijker J, Beekman AT, Vollebergh WA. Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders-findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38(1):1-11.
139. Kennedy N, Boydell J, Kalidindi S, Fearon P, Jones PB, Van OJ et al. Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35-year period in Camberwell, England. *Am J Psychiatry* 2005;162(2):257-62.
140. Levine J, Chengappa KN, Brar JS, Gershon S, Kupfer DJ. Illness characteristics and their association with prescription patterns for bipolar I disorder. *Bipolar Disord* 2001;3(1):41-9.
141. Neves FS, Malloy-Diniz LF, Barbosa IG, Brasil PM, Correa H. Bipolar disorder first episode and suicidal behavior: are there differences according to type of suicide attempt? *Rev Bras Psiquiatr* 2009;31(2):114-8.

- 142.Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes T, Keck PE, McElroy SL et al. Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J Clin Psychiatry* 2003;64(5):506-15.
- 143.Kasen S, Cohen P, Chen H. Developmental course of impulsivity and capability from age 10 to age 25 as related to trajectory of suicide attempt in a community cohort. *Suicide Life Threat Behav* 2011;41(2):180-92.
- 144.Ekinci O, Albayrak Y, Caykoğlu A. Impulsivity in euthymic patients with major depressive disorder: the relation to sociodemographic and clinical properties. *J Nerv Ment Dis* 2011;199(7):454-8.
- 145.Romans SE, McPherson HM. The social networks of bipolar affective disorder patients. *J Affect Disord* 1992;25(4):221-8.
- 146.Crunelle CL, Veltman DJ, Booij J, Brink WV. Impulsivity in adult ADHD patients with and without cocaine. *Drug and Alcohol Dependence* 2012;32:238-47.
147. Nandagopal JJ, Fleck DE, Adler CM, Mills NP, Strakowski SM, DelBello MP. Impulsivity in adolescents with bipolar disorder and/or attention-deficit/hyperactivity disorder and healthy controls as measured by the Barratt Impulsiveness Scale. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2011;21(5):465-8.

EKLER

EK 1: Etik Kurul Onayı

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI						
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye						
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU		TUTF-GOKAEK 2012/70			
	PROTOKOL ADI		Bipolar I Bozukluk Tanılı Ötistik Hastalarda Psikiyatrik Eş Tanılar, Dürtüsellik ve Bunların İşlevsellik Üzerine Etkileri			
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI		Prof. Dr. Cengiz TUĞLU			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		Tek Merkez Ulusal		Çok Merkez Uluslararası	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 08/13		Tarih: 14.03.2012			
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında Görevli Prof. Dr. Cengiz TUĞLU'nun sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Seda DERİCİ MEMİŞ'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI		Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-GOKAEK Yönergesi				
ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Başkan	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Hasan ÜMIT Başkan Yardımcısı	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağ. ve Hast.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Petek BALKANLI KAPLAN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Avukat Gülden ATILLA ÖZTÜRK Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Zuran EGE
Dekan

EK 2: Sosyodemografik Veri Formu

1-Cinsiyeti: Kadın / Erkek

2-Yaş:

3- Evlilik durumu: Evli / Bekar / Boşanmış

4-Öğrenim düzeyi: Okuma yazma bilmiyor / Okur-yazar / İlköğretim / Lise /
Yüksekokul-Üniversite

5-Çalışma durumu: Çalışıyor / Çalışmıyor / Öğrenci / Emekli

6-Ailenin veya Kendisinin Aylık Gelir Düzeyi: 500 TL altı / 500-1000 TL / 1000-2000 TL
/ 2000-3000 TL / 3000-5000 TL / 5000 TL üstü

7- Hastalığın başlangıç yaşı.....

8- İlk dönem tipi: Manik / Hipomanik / Depresif / Karma / Bilinmiyor

9- Manik dönem sayısı

10- Hipomanik dönem sayısı

11- Depresif dönem sayısı

12- Karma dönem sayısı

13- Hızlı döngülülük: var / yok

14- Dönemlerde psikotik özellik: var / yok

15- Daha önce hastanede yatarak tedavi olma sayısı

Yatış yok / 1 yatış / 2 yatış / 3 yatış / 4 yatış / 5 ve üstü yatış

16- İlaç uyumu: Uyumlu/ Uyumlu ve uyumsuz dönemler var / Oldukça uyumsuz / Tamamen
uyumsuz

17- Daha önce intihar girişimi: var / yok

18- Daha önce intihar girişimi varsa kaç kez intihar girişiminde bulunmuş:.....

19- İntihar girişimi şekli: İlaçla / Ası/ Silahla/ Diğer

Ek 3: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği

Hastanın adı - soyadı : _____

Test tarihi (gün-ay-yıl) : _____

Testi uygulayan hekim : _____

1. DEPRESİF DUYGUDURUM (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

☐

- 0= Yok.
1= Sadece soruları yanıtlarken anlaşıyor.
2= Hasta bu durumları daha açık şekilde söylüyor.
3= Depresyonun sözel olmayan belirtilerini açıkça gösteriyor (postür, yüz ifadesi, ses, ağlama).
4= Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, sözel ve sözel olmayan yolla açıkça belirtiyor.

2. SUÇLULUK DUYGUSU

☐

- 0= Yok.
1= Kendini suçlu bularak, insanları üzdüğünü hissediyor.
2= Geçmişteki hatalar veya günahlara ilişkin suçluluk düşünceleri var.
3= O anki hastalığını bir ceza olarak kabul ediyor, suçluluk sanrıları var.
4= Suçlayıcı veya itham edici sesler duyuyor ve/veya tehdit edici görsel varsanılar görüyor.

3. İNTİHAR

☐

- 0= Yok.
1= Hayatın yaşamaya değmeyeceğini hissediyor.
2= Ölmüş olmayı arzuluyor veya kendisi için olası her türlü ölümü düşünüyor.
3= İntihar düşünceleri veya davranışı var.
4= İntihar girişimi (herhangi bir ciddi girişim 4 puan olarak değerlendirilir).

4. UYKUYA DALMA GÜÇLÜĞÜ ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK

☐

- 0= Uykuya dalmada herhangi bir güçlük çekmiyor.
1= Son üç gecedен en az birinde uykuya dalmadan önce, yarım saatten daha uzun süreyi yatakta geçiriyor.
2= Son üç gecedен en az birinde uykuya dalmadan önce, yarım saatten daha uzun süreyi yatakta geçiriyor.

5. GECE YARISI UYANMA ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK

☐

- 0= Yok.
1= Son üç gecedен en az birinde, gece boyunca huzursuz ve rahatsız olmaktan yakınıyor.
2= Her gece uyanıyor (tuvalet gereksinimi dışında her yataktan kalkış 2 puan olarak değerlendirilir).

6. SABAH ERKEN UYANMA ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK

☐

- 0= Yok.
1= Sabahın erken saatlerinde uyanıyor, fakat tekrar uyuyor.
2= Yataktan kalktıktan sonra tekrar uyuyamıyor.

7. İŞ VE AKTİVİTELER

☐

- 0= Sorun yok.
1= Aktiviteyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
2= Aktivite, hobiler veya işe duyulan ilginin kaybolması - hasta bunu doğrudan kendi söyler veya dolaylı olarak kayıtsızlık ve kararsızlığı ile gösterir.
3= Aktivitelere ayrılan zamanda veya üretkenlikte azalma. Hastane değerlendirmesinde, eğer hasta en az üç saatini aktivitelere (hastane işi veya hobileri) ayırıyorsa 3 puan verin.
4= O anki hastalığı nedeniyle çalışmayı bırakmış. Hastanede, hasta servis işleri dışında hiçbir aktiviteye katılmıyorsa veya yardım almadan servis işlerini yapmıyorsa, 4 puan ile değerlendirin.

8. RETARDASYON

☐

(Düşünme ve konuşmada yavaşlama; konsantrasyon yeteneğinin bozulması; motor aktivitenin azalması).

- 0= Normal konuşma ve düşünme.
1= Görüşme sırasında hafif retardasyon gözleniyor.
2= Görüşme sırasında açıkça retardasyon gözleniyor.
3= Görüşme yapmakta güçlük çekiyor.
4= Tam stupor.

9. AJİTASYON

- 0= Yok.
1= Şüpheli veya hafif ajitasyon.
2= Eller, saçlar vb. ile oynama.
3= Ayakta dolaşma, sakin oturmama.
4= Ellerini ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak yeme.

10. PSİŞİK ANKSİYETE

- 0= Yok.
1= Subjektif gerilim ve iritabilite.
2= Küçük şeylerden kaygı duyma.
3= Yüzde veya konuşmada belirgin endişe ifadesi.
4= Yaşamını belirgin olarak etkileyen sıkıntı ve korkularını anlatıyor.

11. SOMATİK ANKSİYETE

(Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik belirtiler:

- Gastrointestinal - ağz kuruluğu, gaz çıkarma, hazımsızlık, diyare, kramplar, geğirme
- Kardiyovasküler - palpasyonlar, baş ağrıları
- Solunumla ilgili - hiperventilasyon, iç çekme
- Sık idrara çıkma
- Terleme.)

- 0= Yok. 1= Hafif. 2= Orta. 3= Şiddetli. 4= Çok şiddetli.

12. SOMATİK SEMPTOMLAR - GASTROİNTESTİNAL

- 0= Yok.
1= İştahsız, ancak hastane personelinin teşvikiyle yiyor. Karında şişkinlik.
2= Hastane personeli zorlamadan yemekte güçlük çekiyor. Gıda alımı azalmıştır. Kabızlıktan yakınıyor.

13. SOMATİK SEMPTOMLAR - GENEL

- 0= Yok.
1= Ekstremitelerde, sırtta veya başta ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrıları ve kas ağrıları. Enerji kaybı ve yorgunluk hissi.
2= Açıkça ve sürekli yorgun ve tükenmiştir veya belirgin bir yakınması vardır.

14. GENİTAL SEMPTOMLAR

(Libido kaybı, menstrüel bozukluklar gibi semptomlar).

- 0= Yok. (Cinsel ilgi ve aktivite her zamanki gibidir)
1= Hafif. (Cinsel istek ve zevk orta derecede azalmıştır)
2= Şiddetli. (Cinsel istek ve zevk açıkça yoktur)

15. HİPOKONDRIASİS

- 0= Yok.
1= Vücut semptom ve işlevleriyle her zamankinden biraz daha fazla meşguldür.
2= Fiziksel sağlığından belirgin olarak kaygılanmaktadır.
3= Bütün semptomlarını açıklayabilecek bir fiziksel hastalığı olduğundan emindir (örneğin beyin tümörü, kanser vb). Ancak sanısal düzeyde değildir, ikna edilebilir.
4= Hipokondriak düşünceler sanısal düzeydedir.

16. KİLO KAYBI

(A veya B değerlendirmesi yapın).

A. Anamneze göre değerlendirirken:

- 0= Kilo kaybı yok.
1= Mevcut hastalığa bağlı olası kilo kaybı.
2= Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B. Haftalık ölçümlerde (doktor veya sağlık personeline yapılan).

- Gerçek vücut ağırlığı değişiklikleri ölçülürken.
0= Haftada 0.5 kg'dan daha az kilo kaybı.
1= Haftada 0.5 kg'dan fazla kilo kaybı.
2= Haftada 1 kg'dan fazla kilo kaybı.

17. İÇGÖRÜ

- 0= Depresif ve hasta olduğunun farkında.
1= Hastalığının farkında, fakat bunu kötü gıdalar, iklim, aşırı çalışma, virüs, dinlenme ihtiyacı gibi nedenlere bağlıyor.
2= Hasta olduğunu tümüyle reddediyor.

TOPLAM PUAN

0-7= Depresyon yok 8-15= Hafif depresyon 16 ve üstü= Majör depresyon

Ek 4: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

1) Yükselmiş duygudurum

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

2) Hareket ve enerji artışı

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

3) Cinsel ilgi

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

4) Uyku

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

5) İritabilite

- 0. Yok
- 2. Kendisi arttığını belirtiyor

4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları

6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor

8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok

2. Kendini konuşkan hissediyor

4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı

6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma

8. Basınçlı. durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok

1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış

2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması

3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali

4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal

2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar

4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar

6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri

8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın

2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor

4. Tehdide varacak derecede talepkar

6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç

8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve ken

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

11) İlgörü

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

Ek 5: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

Açıklamalar: 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 bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürtüştçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım	-	-	-	-
2. Düşünmeden iş yaparım	-	-	-	-
3. Hızla karar veririm	-	-	-	-
4. Hiç bir şeyi dert etmem	-	-	-	-
5. Dikkat etmem	-	-	-	-
6. Uçuşan düşüncelerim var	-	-	-	-
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım	-	-	-	-
8. Kendimi kontrol edebilirim.	-	-	-	-
9. Kolayca konsantre olurum	-	-	-	-
10. Düzenli para biriktirim	-	-	-	-
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	-	-	-	-
12. Dikkatli düşünen birisiyim	-	-	-	-
13. İş güvenliğine dikkat ederim	-	-	-	-
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim	-	-	-	-
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.	-	-	-	-
16. Sık sık iş değiştiririm	-	-	-	-
17. Düşünmeden hareket ederim	-	-	-	-
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.	-	-	-	-
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim	-	-	-	-
20. Düşünerek hareket ederim	-	-	-	-
21. Sıklıkla evimi değiştiririm	-	-	-	-
22. Düşünmeden alışveriş yaparım	-	-	-	-
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.	-	-	-	-
24. Hobilerimi değiştiririm	-	-	-	-
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.	-	-	-	-
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.	-	-	-	-
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.	-	-	-	-
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.	-	-	-	-
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	-	-	-	-
30. Geleceğini düşünen birisiyim	-	-	-	-

Ek 6: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği

Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği

Hasta Adı soyadı:

Tarih:

BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ

DUYGUSAL İŞLEVSELLİK

	Evet	Kısmen	Hayır
1 Çevrenizde gelişen olaylara yönelik uygun duygusal tepkiler gösterebiliyor musunuz? (Ağlanacak şeylere ağlıyor, gülüneceklerle gülebiliyor musunuz?)			
2 Çevrenizdekiler duygularınızın küntleştğini söylüyorlar mı?			
3 Arkadaş ortamında duygusal katılımınız size göre yeterli düzeyde oluyor mu?			

ZİHİNSEL İŞLEVSELLİK

	Evet	Kısmen	Hayır
4 Kitap ya da gazete okurken, anlamakta güçlük çekiyor musunuz?			
5 Alışverişte basit hesapları zihninizden yapabiliyor musunuz?			
6 Sizden istenenleri kafanızda toparlayıp yerine getirmekte güçlük çekiyor musunuz?			
7 Sohbet ortamında, çevrenizde konuşulanlara yeterince kendinizi verebiliyor musunuz?			

CİNSEL İŞLEVSELLİK

	Evet	Kısmen	Hayır
8 Cinselliğe eskisi kadar ilgi duyuyor musunuz?			
9 Cinsel ilişkinin başlangıcında nefsinizin uyanmasında eskiye göre güçlük çekiyor musunuz?			
10 Cinsel ilişki sırasında eskisi kadar zevk alıyor musunuz?			
11 Cinsel ilişkinin sonunda eskisi kadar tatmin oluyor musunuz?			

DAMGALANMA HİSSİ

	Evet	Kısmen	Hayır
12 Hastalığınız nedeniyle kendinizi yetersiz ya da eksik gibi hissediyor musunuz?			
13 Çevrenizdeki diğer kişiler, sizin hastalığınızı biliyor olsalar, bu durum nedeniyle sizi aşağılar ya da eksikmiş gibi görürler mi?			
14 Başkaları hastalığınızı bilseler, bu durum evlenme konusunda sizin daha fazla zorluk yaşamınıza neden olabilir mi?			
15 Başkalarının hastalığınızı bilmeleri sizin bir işe alınmanızı daha fazla zorlaştırır mı?			

İÇE KAPANIKLIK

	Çok az	Orta	Yeterince fazla
16 Günlük faaliyetlerinizi ne ölçüde başkalarıyla geçiriyorsunuz?			
17 Topluluk içinde ne kadar sohbete katılıyorsunuz?			
18 Misafir geldiğinde, onların yanında ne kadar bulunuyorsunuz?			

EV İÇİ İLİŞKİLER

	Çok az	Orta	Yeterince fazla
19 Aile üyelerinin yanında ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
20 Ev içi sohbete ne ölçüde katılıyorsunuz?			
21 Ev içi işlere ne kadar yardım ediyorsunuz?			
22 Evde günlük ihtiyaçlara ne kadar katkıda bulunuyorsunuz?			
23 Evde ne kadar kendinizle ilgili konuşuyor, duygularınızı ifade ediyorsunuz?			
24 Evdeki genel sorunlarla ne ölçüde ilgileniyorsunuz?			

ARKADAŞLARIYLA İLİŞKİLER

	Çok az	Orta	Yeterince fazla
25 Arkadaşlarınızla ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
26 Arkadaşlarınızla ne derecede iyi geçiniyorsunuz?			
27 Arkadaşlarınızın sorunlarıyla ne kadar ilgileniyorsunuz?			
28 Arkadaşlarınızla birlikte olmaktan ne derecede memnun oluyorsunuz?			
29 Akrabalarınızla ne derecede ilişkilerinizi sürdürüyorsunuz?			

TOPLUMSAL ETKİNLİKLERE KATILIM

	Evet	Kısmen	Hayır
30 Arkadaşlarla gezmeye gider misiniz?			
31 Arkadaşlarla parka gider misiniz?			
32 Arkadaşlarla kahveye gider misiniz?			
33 Arkadaşlarla maç seyretmeye gider misiniz?			
34 Arkadaşlarla kafeye/pastaneye gider misiniz?			
35 Arkadaşlarla sinemaya/tiyatroya gider misiniz?			
36 Arkadaşlarınız ne sıklıkta size ziyarete gelir?			
37 Ne sıklıkta dernek/kulüp faaliyetlerine katılırsınız?			

GÜNLÜK ETKİNLİKLER VE HOBİLER

Aşağıdaki etkinliklere ne ölçüde katılıyorsunuz?	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
38 Alışverişe çıkma			
39 Evin faturalarını yatırma			
40 Müzik aleti çalma			
41 Çiçek yada bitki yetiştirme			
42 El işleriyle uğraşma			
43 Spor yapma			
44 Tamir işleriyle uğraşma			
45 Benzer etkinlikler için kurslara katılma (resim, boyama, daktilo vb.)			

İNİSİYATİF ALMA ve POTANSİYELİNİ KULLANABİLME

Aşağıdaki etkinlikleri ne ölçüde yerine getiriyorsunuz?	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
46 Kendisi için alışverişe çıkma			
47 İşsizse, iş başvurusunda bulunma			
48 Banka işlerini görme			

İŞ

	Evet	Kısmen	Hayır
49 Çalıştığınız işte emeğinizin karşılığını alıyor musunuz?			
50 Çalıştığınız işte sorumluluk alabiliyor musunuz?			
51 Çalıştığınız işte aktif/üretken görevde misiniz?			
52 Sık sık iş değiştirmek ve iş aramak durumunda kalıyor musunuz? (6 aydan kısa süreli iş deneyimleri)			

Not: Eğer işsizse, son çalıştığı dönem için sorgulayın.

Ek 7: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği Kısa Formu

Lütfen aşağıdaki soruları şu yanıt anahtarını kullanarak yanıtlayınız:

A: Hayır ya da çok hafif

B: Hafif

C: Orta Derecede

D: Fazla

E: Çok fazla

BEN ÇOCUKKEN	A	B	C	D	E
1.Dikkatimi toplama sorunum vardı, dikkatim kolayca dağılırdı	☐	☐	☐	☐	☐
2.Kaygılı, tasalı, sıkıntılıydım	☐	☐	☐	☐	☐
3.Asabi ve kıpır kıpırdım	☐	☐	☐	☐	☐
4.Dikkatsizdim, hayallere daldardım	☐	☐	☐	☐	☐
5.Kolayca kızar, öfkelenirdim	☐	☐	☐	☐	☐
6.Hemen tepem atar, öfke nöbetlerim olurdu	☐	☐	☐	☐	☐
7.Başladığım bir işi sürdürmekte, takip etmekte ya da bitirmekte zorlanırdım	☐	☐	☐	☐	☐
8.Kararlı, sebatkâr ve inatçıydım, iradem güçlüydü	☐	☐	☐	☐	☐
9.Mutsuz, çökkün karamsardım	☐	☐	☐	☐	☐
10.Anne babamın sözünü dinlemez, onlara karşı gelir, isyankâr davranırdım	☐	☐	☐	☐	☐
11.Kendimi küçük görürdüm	☐	☐	☐	☐	☐
12.Alıngandım, buluttan nem kapardım	☐	☐	☐	☐	☐
13.Huysuzdum, duygusal dalgalanmalar yaşırdım	☐	☐	☐	☐	☐
14.Kızgındım, çabuk gücenirdim	☐	☐	☐	☐	☐
15.Düşünmeden hareket ederdim	☐	☐	☐	☐	☐
16.Çocuksu davranırdım	☐	☐	☐	☐	☐
17.Suçluluk duyardım, yaptıklarına pişman olurdum	☐	☐	☐	☐	☐

Lütfen aşağıdaki soruları şu yanıt anahtarını kullanarak yanıtlayınız: (DEVAM)

A: Hayır ya da çok hafif

B: Hafif

C: Orta Derecede

D: Fazla

E: Çok fazla

BEN ÇOCUKKEN	A	B	C	D	E
18.Kontrolümü kaybederdim	☐	☐	☐	☐	☐
19.Akılsızca ya da mantıksızca davranırdım	☐	☐	☐	☐	☐
20.Popüler değildim, arkadaşlıklarım uzun sürmezdi, diğer çocuklarla anlaşılamazdım	☐	☐	☐	☐	☐
21.Olayları diğerlerinin bakış açısından görmekte zorlanırdım	☐	☐	☐	☐	☐
22.Otoriteyle, okulla sorunlarım olurdu, müdür beni odasına çağırırdı.	☐	☐	☐	☐	☐
BEN ÇOCUKKEN OKULDA;					
23.Genel olarak başarısızdım, yavaş öğrenirdim	☐	☐	☐	☐	☐
24.Matematikle ve sayılarla aram iyi değildi	☐	☐	☐	☐	☐
25.Potansiyeliime ulaşamadım	☐	☐	☐	☐	☐