



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
EĞİTİM KLİNİĞİ

REMİSYONDA BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA
İNTİHAR DAVRANIŞININ ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI,
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE DUYGU DÜZENLEME
GÜÇLÜKLERİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Emre SUBAŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2021



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
EĞİTİM KLİNİĞİ

REMİSYONDA BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA
İNTİHAR DAVRANIŞININ ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI,
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE DUYGU DÜZENLEME
GÜÇLÜKLERİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Emre SUBAŞ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2021

TEŞEKKÜR

Asistanlık sürecinde bana çokça şey öğreten Bakırköy hastalarına,

Desteğini ve ilgisini hiçbir zaman esirgemeyen tez danışmanım ve klinik şefim Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU'na,

Asistanlığımın ilk gününden beri yanımda olan, benim için tüm zorlukları kolaylaştıran, çalışkanlığını her zaman takdir ettiğim Doç. Dr. Özge ŞAHMELİKOĞLU ONUR'a,

Birlikte çalışmış olmaktan gurur ve mutluluk duyduğum, bana çok şey katmış olan eski klinik şeflerim Doç. Dr. Armağan ÖZDEMİR, Doç. Dr. Evrim ERTEN ve Prof. Dr. Çağatay KARŞIDAĞ'a,

Rotasyonlarım sırasında deneyimlerinden ve bilgilerinden faydalandığım Prof. Dr. Fatih ÖNCÜ, Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Prof. Dr. Mehmet Cem İLNEM, Prof. Dr. E. Cüneyt EVREN, Prof. Dr. Ayhan KÖKSAL, Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM ve Prof. Dr. Gül KARAÇETİN'e,

Uzman olarak birlikte çalıştığım, psikiyatriye dair birçok şeyi ilk olarak kendilerinden öğrendiğim Uz. Dr. İbrahim Enis KAYRAN, Uz. Dr. Ömer AKAY ve Uz. Dr. Sevda BAĞ'a,

Her zaman özveriyle çalışan, hastanedeki zamanımı keyifli kılan birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Başta Betül abla olmak üzere bana aidiyet ve güven hissi yaşatan tüm 3. Psikiyatri Kliniği ailesine,

Hayatımda var oldukları için şanslı olduğum Fatih, Canberk, Berat, Canelif ve Arda'ya,

Benim için her zaman ellerinden gelenin en iyisini yapan, minnettar olduğum anneme, babama ve ablama,

Yaşamıma renk ve anlam kattıkları için yeğenlerim Uraz ve Gülce'ye

Teşekkür ederim.

Dr. Emre SUBAŞ

İstanbul, 2021

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vi
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Bipolar Bozukluk	4
2.1.1. Tarihçe.....	4
2.1.2. Tanım ve Tanı Kriterleri	5
2.1.3. Epidemiyoloji	9
2.1.4. Etiyoloji.....	9
2.1.5. Klinik Seyir ve Prognoz	11
2.2. İntihar	13
2.2.1. Tanım	13
2.2.2. Epidemiyoloji	16
2.2.3. Etiyoloji.....	17
2.2.3.1. Psikososyal Görüşler	17
2.2.3.2. Nörobiyolojik Görüşler	19
2.2.4. Risk Faktörleri	20
2.2.5. Bipolar Bozukluk ve İntihar	21
2.3. Çocukluk Çağı Travmaları.....	22
2.3.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve İntihar.....	23
2.4. Psikolojik Dayanıklılık	24
2.4.1. Psikolojik Dayanıklılık ve İntihar	26
2.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü.....	26

2.5.1. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve İntihar.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Örneklem.....	29
3.1.1. Çalışma Evreni ve Örneklem	29
3.1.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri	29
3.1.3. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri.....	30
3.2. Uygulanan İşlem	30
3.3. Kullanılan Gereçler	31
3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu	31
3.3.2. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme.....	32
3.3.3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği	32
3.3.4. Beck Depresyon Ölçeği.....	32
3.3.5. Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği.....	33
3.3.6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	33
3.3.7. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	34
3.3.8. Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği	34
3.4. İstatistiksel Analiz.....	35
3.5. Etik Konular	35
4. BULGULAR.....	36
5. TARTIŞMA.....	62
5.1. Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	62
5.2. İntihar Düşüncesine Dair Özelliklerin Karşılaştırılması	65
5.3. İntihar Girişimi Öyküsü Olan ve Olmayan Hasta Gruplarının Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması.....	66
5.4. İntihar Girişimine Dair Özellikler	69
5.5. Grupların Çocukluk Çağı Travmaları Açısından Karşılaştırılması.....	70
5.6. Grupların Psikolojik Dayanıklılık Açısından Karşılaştırılması	72
5.7. Grupların Duygu Düzenleme Güçlükleri Açısından Karşılaştırılması	74
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	77
7. KAYNAKLAR	79
8. ÖZGEÇMİŞ.....	98

9. EKLER.....	100
EK 1 - TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK) KARAR YAZISI	100
EK 2 - ETİK KURUL ONAY YAZISI	101
EK 3 - TEZ KONUSU ONAY YAZISI	103
EK 4 - TEZ KONUSU ONAY FORMU	105
EK 5 - BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA VE GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	108
EK 6 - SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER VERİ FORMU	110
EK 7 - YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ	116
EK 8 - BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ	119
EK 9 - COLUMBIA İNTİHAR ŞİDDETİNİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ	122
EK 10 - ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ.....	125
EK 11 - YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ	128
EK 12 - DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ ÖLÇEĞİ	130

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BPB-1	: Bipolar Bozukluk Tip 1
BPB-2	: Bipolar Bozukluk Tip 2
BDZ	: Benzodiazepin
C-İŞDÖ	: Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği
ÇÇT	: Çocukluk Çağı Travmaları
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DD	: Duygu Düzenleme
DDG	: Duygu Düzenleme Güçlüğü
DDGÖ	: Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği
DSM-5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı
HPA	: Hipotalamus-hipofiz-adrenal aksı
KBZ	: Karbamazepin
Li	: Lityum
LMJ	: Lamotrijin
PD	: Psikolojik Dayanıklılık
PDÖ	: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
SCID-5	: DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
VPA	: Valproik asit
YMDÖ	: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: DSM-5'e göre Mani Dönemi Tanı Ölçütleri	6
Tablo 2: DSM-5'e göre Hipomani Dönemi Tanı Ölçütleri	7
Tablo 3: DSM-5'e göre Majör Depresyon Dönemi Tanı Ölçütleri	8
Tablo 4: APA'nın İntihar Davranışı ile İlgili Tanımları.....	14
Tablo 5: DSM-5'e göre İntihar Davranış Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	15
Tablo 6: Çalışmaya Dahil Edilen Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	37
Tablo 7: Çalışmaya Dahil Edilen Katılımcıların Klinik Özellikleri	38
Tablo 8: Bipolar Bozukluk Tip-1 Tanılı Hastaların Klinik Özellikleri.....	39
Tablo 9: Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	41
Tablo 10: Grupların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	43
Tablo 11: İntihar Girişimi Öyküsü Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	46
Tablo 12: İntihar Girişimi Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	48
Tablo 13: İntihar Girişimi Öyküsü Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların İlaç Kullanım ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	50
Tablo 14: İntihar Girişimi Öyküsü Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların İlaç Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması	51
Tablo 15: Grupların Beck Depresyon, Young Mani, İntihar Düşüncesi ve İntihar Düşünce Yoğunluğu Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 16: İntihar Girişimi Öyküsü Olan Hastaların Girişime Dair Özellikleri	54
Tablo 17: Grupların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması	55
Tablo 18: Grupların Duygulanım Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması	57
Tablo-19: Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması	59

Tablo 20: Bipolar Bozukluk Tip 1 Tanılı Hastalarda İntihar Girişimini Yordayan Faktörlerin Regresyon Analizi	60
---	----

Tablo 21: İntihar Girişimi Öyküsü Olan Bipolar Bozukluk Tip 1 Tanılı Hastalarda DDGÖ Stratejiler, ÇÇTÖ Duygusal İstismar Puanlarının İntihar Ölçeği Puanlarıyla Korelasyonu	61
--	----



ÖZET

REMİSYONDA BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA İNTİHAR DAVRANIŞININ ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ İLE İLİŞKİSİ

Dr. Emre SUBAŞ

AMAÇ: Bu araştırmada intihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk tip 1 (BPB-1) tanılı hastalar ve sağlıklı kontroller arasında çocukluk çağı travmaları (ÇÇT), psikolojik dayanıklılık (PD) ve duygu düzenleme güçlükleri (DDG) açısından farklılıkların karşılaştırılması ve intihar girişiminin bu parametrelerle olan ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya intihar girişimi olan 70, olmayan 81 ötimik BPB-1 tanılı hasta ile 90 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik ve klinik özellikler veri formu, DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) ve Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği (DDGÖ) uygulanmıştır.

BULGULAR: İntihar girişimi olan hastalarda tüm ÇÇTÖ puanları intihar girişimi olmayan hastalardan ve kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti. İntihar girişimi olan hastalarda farkındalık dışındaki tüm DDGÖ puanları intihar girişimi olmayan hastalardan ve kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti. Hasta gruplarında sosyal yeterlik, yapısal stil ve aile uyumu dışındaki tüm PDÖ puanları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşüktü. ÇÇTÖ'nün duygusal istismar, DDGÖ'nün ise stratejiler puanlarının intihar girişimi için belirleyici olduğu ve bu alt ölçek puanları ile intihar girişimi sayısı ve intihar düşüncesi şiddeti arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunduğu sonuçları saptanmıştır.

SONUÇ: Çalışmamızdan elde edilen veriler ışığında ÇÇT ve DDG bulunan BPB-1 hastalarının intihar açısından risk altında olduğu ve bu durumun tedavi planlamasında göz önünde bulundurulmasının; hem primer psikopatolojinin daha etkin tedavisine hem de intiharın önlenmesinde yardımcı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Bipolar Bozukluk, İntihar Davranışı, Çocukluk Çağı Travmaları, Psikolojik Dayanıklılık, Duygu Düzenleme Güçlüğü



ABSTRACT

RELATIONSHIP OF SUICIDAL BEHAVIOR WITH CHILDHOOD TRAUMA, RESILIENCE AND EMOTION REGULATION DIFFICULTIES IN REMITTED BIPOLAR DISORDER PATIENTS

Dr. Emre SUBAŞ

OBJECTIVE: The aims of this study were to investigate the differences in terms of childhood trauma, resilience, emotion regulation difficulties among euthymic bipolar disorder type 1 (BPB-1) patients with and without suicide attempt and healthy individuals and the relationship of suicide attempt with these factors.

METHOD: Seventy euthymic BPB-1 patients with suicide attempt ((BPB-1(+)) and 81 euthymic BPB-1 patients without suicide attempt (BPB-1(-)) and 90 healthy controls were included in the study. The Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5), Beck Depression Inventory (BDI), Young Mania Rating Scale (YMRS), Sociodemographic and clinical features data form, Columbia-Suicide Severity Ranking Scale (C-SSRS), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Resilience Scale for Adults (RSA) and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) were applied to participants.

RESULTS: BPB-1(+) group had significantly higher CTQ scores than both BPB-1(-) and control groups. BPB-1(-) group had significantly higher CTQ emotional abuse, emotional neglect and total scores than the control group. The BPB-1(+) group had significantly higher DERS clarity, non-acceptance, strategies, impulsivity, goals and total scores than both the BPB-1(-) and control groups. Both patient groups had significantly lower RSA perception of the self, planned future, social resources and total scores than the control group. Emotional abuse scores of CTQ and strategies scores of DERS had correlations with number of past suicide attempts and suicidal ideation intensity.

CONCLUSION: In the light of the information from our study we think that BPB-1 patients with childhood trauma and emotion regulation difficulties have a high risk for suicide and taking this into consideration during the treatment would be helpful for both treating the psychopathology more efficiently and preventing suicide.

Keywords: Bipolar Disorder, Suicidal Behavior, Childhood Trauma, Resilience, Emotion Regulation Difficulties



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk (BPB), yineleyici mani ve hipomani dönemleri ve bu dönemlerle birlikte ya da ayrı olarak görülebilecek depresyon dönemleri ile karakterize kronik bir duygudurum bozukluğudur (1). BPB uyruk, etnik köken ve sosyoekonomik durumdan bağımsız olarak dünya popülasyonunun %1'inden daha fazlasını etkilemekte ve özellikle genç popülasyonda iş gücü kaybının önde gelen sebepleri arasında yer almaktadır (2).

BPB hasta popülasyonunda yüksek mortalite oranının kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi sebeplerle ilişkili olmasının yanı sıra, intihar da bu hasta grubunda mortaliteyi artıran önde gelen sebeplerdendir (3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2019 yılında dünya çapında yaklaşık 700.000 insan intihar sebebiyle hayatını kaybetmiştir (4). Psikiyatrik hastalıklar arasında artmış intihar riski ile en çok ilişkili olan BPB'dir (5). BPB hastalarının 1/3-1/2'si hayatlarında en az bir kez intihar girişiminde bulunurlarken, %15-20'si intihar sebebiyle hayatlarını kaybederler (6-8).

Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) çocuğun kontrolü dışında gerçekleşen belirli yaşantıları veya devam eden koşulları içerebilir. Olumsuz yaşam deneyimlerinin fizyolojik, bilişsel, davranışsal ve psikolojik işlevsellik üzerinde zarar verici etkilerinin olduğu gösterilmiştir (9). ÇÇT'nin BPB de dahil olmak üzere birçok psikiyatrik hastalığı tetiklediği, şiddetini kötüleştirdiği ve yineleme riskini artırdığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (10). BPB hastalarında ÇÇT'nin etkisinin araştırıldığı bir çalışmada ÇÇT olan hastaların olmayanlara göre daha yüksek intihar riskine, daha şiddetli depresif semptomlara ve işlevsellikte daha fazla bozulmaya sahip olduğu gösterilmiştir (11).

Psikolojik dayanıklılık (PD), normal psikolojik ve fiziksel işlevselliği koruyarak stres ve olumsuzlukların uyumsal olarak üstesinden gelme kapasitesi ve

dinamik süreci şeklinde tanımlanmıştır (12,13). Genetik, epigenetik, gelişimsel çevre, psikososyal faktörler, nörokimyasallar ve fonksiyonel nöral devreler gibi birbiriyle etkileşim içerisinde olan birçok faktör PD'nin gelişiminde ve düzenlenmesinde kritik rol oynamaktadır (14). Literatürde PD ve psikiyatrik hastalıklar ilişkisi üzerine birçok çalışma bulunmaktadır.

BPB'de daha iyi PD seviyeleri, olumlu ruh sağlığı göstergeleri ile ilişkilidir (15). Ötimsel dönemdeki bipolar bozukluk tip 1 (BPB-1) hastalarının çok hafif semptomlara sahip olmalarına rağmen sağlıklı kontrollere göre belirgin şekilde daha düşük yaşam kalitesi ve PD seviyelerine sahip olduğu gösterilmiştir (16). Literatürdeki farklı çalışmalarda düşük PD'nin intihar riskini artırıp artırmadığına dair farklı görüşler bulunmaktadır (17). Bir çalışmada BPB hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha düşük PD'ye sahip olduğu ancak intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan BPB hastalarında PD açısından anlamlı bir fark olmadığı gösterilmiştir (18). Ötimsel dönemdeki BPB-1 hastaları ile yapılan başka bir çalışmada ise daha önce intihar girişiminde bulunmuş olma ve PD arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (19). Ayrıca BPB hastalarında ÇÇT'nin daha düşük düzeyde PD ile ilişkili olduğu bulunmuştur (20).

Duygu düzenleme (DD), çeşitli hedeflere ulaşma amacıyla duygusal tepkileri izleme, değerlendirme ve değiştirme becerisi şeklinde tanımlanmıştır (21). Bu DD sürecinin erken evrelerinde bilinçli farkındalık dışında gerçekleşen örtük DD'yi de duygusal yanıtları değiştirmek amacıyla çeşitli stratejilerin bilinçli kullanımını içeren açık DD'yi de kapsayabilir (22). Tam anlamıyla işlevsel bir DD süreci algılanan uyarının duygusal önemini kavramayı, düzenleme gereksinimini tanımayı ve uygun bir stratejiyi seçip uygulamayı gerektirir (23). Duygu düzenleme güçlüğü (DDG) ise normal DD stratejilerinin herhangi bir basamağındaki aksamanın sonucu olarak kişinin istediği hedefe ulaşamaması şeklinde tanımlanmıştır (24).

BPB'nin DDG ile ilişkili bir bozukluk olduğu düşünülmüştür (25). BPB hastalarının sadece atak dönemlerinde değil, ötimsel dönemlerinde de DDG yaşadığı düşünülmektedir (26). Ötimsel dönemdeki BPB hastalarının, unipolar depresyon hastalarının ve anksiyete bozukluğu hastalarının dahil edildiği bir çalışmada ötimsel dönemdeki BPB hastalarının diğer iki hasta grubuna göre belirgin şekilde daha kötü

DD becerilerine sahip olduđu gösterilmiřtir (27). Birçok alıřmada DDG, intihar dűřűncesi ve davranıřları ile iliřkili bulunmuřtur (28,29). Yűz altmıř bir BPB hastası ve onların BPB tanısı olmayan birinci derece yakınları ile yapılan bir çalıřmada DDG dűzeyleri hasta grubunda daha yűksek saptanmıř, aynı çalıřmada ek olarak kűtű DD becerilerinin daha erken hastalık bařlangıcı ve daha fazla sayıda duygudurum atađı ile iliřkili olduđu gösterilmiřtir (30). T űykűsűnűn de DDG ile iliřkili olduđunu ve T olan kiřilerde daha kűtű DD becerilerinin daha řiddetli depresyon ve anksiyete semptomlarına sahip olduđunu gűsteren çalıřmalar mevcuttur (31,32).

Literatűr incelendiđinde BPB'nin T, PD ve DDG ile iliřkisi ve intihar davranıřının T, PD ve DDG ile iliřkisi űzerine çalıřmalar yapılmıř çalıřmalar bulunsa da űzellikle BPB-1'de intiharın T, PD ve DDG ile iliřkisini bűtűncűl olarak ele alan çalıřmaya rastlanmamıřtır. Çalıřmamızda Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskı (DSM-5) kriterlerine gűre űtimi dűnemindeki BPB-1 hastalarında, intihar davranıřının T, PD ve DDG ile iliřkisinin ve belirtilen deđiřkenlerin birbiriyle olan iliřkisinin incelenmesi amaçlanmıřtır. Bu çalıřmadaki hipotezimiz űtimi dűnemindeki BPB-1 hastalarında intihar giriřimi űykűsű olanlarda olmayanlara ve sađlıklılara gűre T ve DDG'nin daha fazla, PD'nin ise daha az gűrűlebileceđidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BİPOLAR BOZUKLUK

2.1.1. Tarihçe

Melankoli ve mani tablolarını tarihte ilk tanımlayan kişi Hipokrat'tır (MÖ 460-370) (33). Kapadokyalı Aretaeus (MS 1-2. yy) ise melankoli ve maniye günümüzdeki tanı kriterlerine oldukça benzer bir şekilde betimlemiş ve bu tabloları aynı hastalığın iki farklı yüzü olarak değerlendiren ilk kişi olmuştur (34). Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan biri İbni Sina olmuş ve ilginç olgu örnekleri vermiştir (35).

Fransız bir psikiyatrist olan Jean-Pierre Falret 1851 yılında ayrı bir psikiyatrik bozukluk antitesi olarak “folie circulaire” i öne sürmüştür. “Folie circulaire” yani “döngüsel delilik” kavramıyla Falret; tekrarlayıcı depresyon ve mani dönemleri ile bunların arasında değişen uzunluklarda sağlıklı ara dönemler tanımlamıştır (34).

Yine 19. yüzyılda Fransız bir psikiyatrist ve nörolog olan Jules Baillarger ise “folie à double forme” yani “çift şekilli delilik” tanımını yapmıştır. Bu tanımda ise mani ve depresyon durumları mevcut olmakla birlikte, aralardaki iyilik dönemlerine yer verilmemiştir (33).

Modern psikiyatrinin kurucusu olarak da anılan Emil Kraepelin (1856-1926) ise Falret ve Kahlbaum'dan ilham alarak mani, melankoli ve tüm psikotik durumları kapsayacak şekilde akıl hastalıklarını “dementia praecox” (erken bunama) ve “manik depresif delilik” şeklinde ikiye ayırmıştır (36). Kraepelin'in “manik depresif delilik” anlayışına göre, tüm olası duygudurum yaşantıları tek bir kategorik spektrum içinde yer alıyordu ve bu konsept günümüzdeki modern tanımlarına göre manik, depresif, karma dönemler ve psikoz gibi tüm durumları kapsıyordu (37).

Psikiyatrik hastalıkların ilk kez kategorize ve standardize edildiği DSM-I'de (1952) “manik depresif reaksiyon” tanımı kullanılmıştır (38). 1980'de yayımlanan DSM-III'te ise manik-depresif hastalık tanımından vazgeçilerek “Bipolar Bozukluk” ve “Major

Depresif Bozukluk” birbirinden bağımsız olarak tanımlanmıştır. DSM-3’te manik/depresif dönemler karma özellikli dönemleri de kapsayabilecek şekilde detaylı biçimde tarif edilmiştir (39).

2013 yılında yayımlanan DSM-5’te ise “Bipolar ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında BP-1, bipolar bozukluk tip 2 (BPB-2), siklotimik bozukluk, madde/ilacın yol açtığı bipolar ve ilişkili bozukluk, başka bir sağlık durumunun yol açtığı bipolar ve ilişkili bozukluk, tanımlanmış diğer bipolar ve ilişkili bozukluk ve tanımlanmamış diğer bipolar ve ilişkili bozukluk şeklinde sınıflandırma yapılmıştır (40).

2.1.2. Tanım ve Tanı Kriterleri

BPB tekrarlayıcı mani, depresyon ve karma hastalık dönemlerinin görüldüğü ciddi bir psikiyatrik hastalıktır (41). DSM-5’e göre BPB-1 tanısı için en az bir mani dönemi yeterlidir, depresif dönemler sıklıkla görülmekle birlikte tanı için şart değildir. BPB-2 tanısı ise en az bir majör depresyon dönemine en az bir hipomani döneminin eşlik etmesi ile konur.

Mani dönemi; kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağan dışı ve sürekli bir duygudurum dönemine benlik saygısında abartılı artış, uyku gereksiniminde azalma, her zamankinden daha konuşkan olma, düşünce uçuşması ve hızlanması, dikkat dağınıklığı ve amaca yönelik davranışta artış belirtilerinden en az üçünün (çabuk kızan duygudurum varsa en az dördü) eşlik ettiği dönemle karakterizedir. Hipomani dönemi tanımı ise hastaneye yatış gerektirmeyecek şiddette mani dönemi belirtilerinin en az 4 gün sürmesi ile konur.

Majör depresyon dönemi tanısı ise en az iki hafta süre ile işlevsellikte belirgin azalmaya; çökkün duygudurum, etkinliklere ilgide azalma, istek dışında kilo verme ya da alma, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, psikomotor aktivitede artış veya azalma, enerji düşüklüğü, değersizlik veya suçluluk duygularının varlığı, dikkatini odaklamakta güçlük ve ölüm düşünceleri belirtilerinden en az beşinin eşlik etmesi ile konur (40).

Mani, hipomani ve majör depresyon dönemlerinin tanı kriterleri Tablo-1, Tablo-2 ve Tablo-3’te belirtilmiştir.

Tablo 1: DSM-5'e göre Mani Dönemi Tanı Ölçütleri

- A.** Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemi, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre), neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde sürmesi.
- B.** Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerin üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli derecede değişiktir:
1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
 2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
 3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmayı tutma.
 4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine dair öznel yaşantı.
 5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
 6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).
 7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).
- C.** Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.
- D.** Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisi ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

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

Tablo 2: DSM-5'e göre Hipomani Dönemi Tanı Ölçütleri

- A.** Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde sürmesi.
- B.** Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerin üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) sürmüştür, bunlar olağan davranışlardan önemli derecede değişik ve belirgin derecede olmuştur.
1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
 2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
 3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmayı tutma.
 4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine dair öznel yaşıntı.
 5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
 6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).
 7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).
- C.** Bu dönem kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.
- D.** Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.
- E.** Bu dönem toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılacak denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem, tanım olarak, mani dönemidir.
- F.** Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisi ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

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

Tablo 3: DSM-5'e göre Majör Depresyon Dönemi Tanı Ölçütleri

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde belirgin bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır. Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri almayınız. 1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca görünür (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.) 2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlarda zevk almama durumu neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir). 3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.) 4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma. 5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kısırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir, yalnızca, öznel, dinginglik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu olarak değil). 6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü). 7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrisal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil). 8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir.) 9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama. B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur. C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

2.1.3. Epidemiyoloji

BPB'nin ömür boyu prevalansının %1-5 arasında değiştiği düşünülmektedir (42). DSM-5'te, DSM-IV ile uyumlu olacak şekilde BPB-1'in 12 aylık görülme sıklığı % 0,6 olarak belirtilmiştir (40). Dünya çapında yapılan bir ruh sağlığı çalışmasında çeşitli kültürler ve etnik gruplar arasında tutarlı olacak şekilde ömür boyu prevalans BPB-1 için %1; BPB-2 için %1,1; eşik altı BPB için % 2,4 ve toplamda % 4,4 olarak saptanmıştır (43).

BPB-1 prevalansı için cinsiyet açısından bir farklılık görünmemektedir ve her iki cinsiyet için de %1 civarındadır. Depresif dönemlerin daha baskın olmasıyla karakterize olan BPB-2 ise kadınlarda daha sık görülmektedir (44). Ek olarak kadınların hızlı döngülülük, karma özellikli mani ve antidepresan tedavi ile tetiklenen manik kayma yaşama ihtimalleri daha yüksektir (45).

BPB tanısı almış birinci derece bir yakını olan kişiler, birinci derece yakınında tanı bulunmayan kişilere göre BPB gelişmesi açısından 10 kat artmış risk altındadırlar (46). Dünya çapında işgücü kaybına en çok sebep olan hastalıklar arasında BPB 17. sırada yer almaktadır (47).

2.1.4. Etiyoloji

BPB için kalıtsallığın %70-90 arasında değişebildiği gösterilmiştir (48). Kalıtsallığı en yüksek psikiyatrik hastalıklardan biri olmakla birlikte, genler ve çevrenin birbirleriyle etkileştiği multifaktöriyel bir model BPB için daha uygun görünmektedir (49). Hastalığın poligenik yapısını destekleyecek şekilde, çeşitli genom çapında ilişkilendirme çalışmalarında şizofreni ile de kısmen çakışan, küçük çapta etkileri olan birçok risk alleli (Voltaj Bağımlı Kalsiyum Kanalı Alfa1 C Alt Ünitesi Geni [CACNA1C], Teneurin Transmembran Protein 4 Geni [TENM4] ve Neurocan Geni [NCAN] gibi) tanımlanmıştır (49).

Duygu durum bozukluklarının tarih boyu serotonerjik, noradrenerjik ve dopaminerjik sistemler gibi monoaminerjik nörotransmitter sistemlerindeki dengesizliklerden kaynaklandığı düşünülmüştür. Hastalık oluşumunda rolleri

olabileceğine dair kanıtlar bulunmasına rağmen bu nörotransmitter sistemlerinden herhangi birindeki bozulmanın tek başına etkili olduğu gösterilememiştir (1).

Affektif ve bilişsel işlevleri düzenleyen nöral devrelerde, sinaptik ve nöral plastisitenin düzenlenmesinin önemli olduğu düşünülmüştür (50). Beyin-türevli nörotrofik faktör (BDNF) gibi nörotrofik moleküllerin, dendritik dallanma ve nöral plastisite yollarında sinyal iletimi açısından hayati öneme sahip olduğu gösterilmiştir (51). BPB hastalarının post-mortem beyin dokularında dendritik çıkıntılarda azalma olduğu saptanmıştır (52). Mitokondriyal disfonksiyon ve endoplazmik retikulum hasarı, nöroinflamasyon, oksidasyon, apoptoz ve özellikle histon ve DNA metilasyonu olmak üzere epigenetik değişiklikler gibi nöronal bağlantıları etkileyebilecek birçok yolak üzerine de çalışmalar devam etmektedir (53).

Birçok çalışmada BPB ile inflamasyon arasında ilişki saptanmıştır ancak bu bağlantının hem BPB hem inflamasyonda bulunan genetik polimorfizm ve gen ekspresyonuna bağlı olduğu da düşünülmüştür (54). Sitokin düzeyleri ile alakalı yapılan meta-analizlerde, BPB tanılı hastalarda sitokin (özellikle interlekin-4 ve tümör nekroz faktör-alfa) ve sitokin reseptör düzeylerinde sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yükselme olduğu gösterilmiştir (55,56).

Hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) aksındaki bozulmaların da bipolar bozukluğun patofizyoloji ve ilerleyişi açısından önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir (57).

Nörogörüntüleme çalışmalarında BPB hastalarında lateral ve medial prefrontal bölgelerde, insulada ve füziform girusta kortikal kalıntıda azalma ile hippokampus ve talamus boyutlarında küçülme olduğu gösterilmiştir (58-60).

Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmalarında BPB tanılı hastalarda affektif ve bilişsel kontrol görevleri sırasında amigdala, insula ve anterior singulat kortekste fazla artmış, ventrolateral prefrontal bölgede ise azalmış aktivite gözlenmiştir (61,62). Başka çalışmalarda hastaların affekt işleyici subkortikal bölgeler ile onların ventral prefrontal korteks olan bağlantılarında anormal bağlanmalar olduğu, prefrontal korteksten subkortikal ve posterior kortikal bölgelere giden düzenleyici uyarılarda azalma olduğu gösterilmiştir (63,64).

Gebelik sırasında viral enfeksiyon ve maternal sigara kullanımının erişkin yaşamda BPB riskini artırdığı ve gidişatı kötüleştirdiğine dair çalışmalar mevcuttur (65). ÇÇT'nin de BPB ile belirgin şekilde ilişkili olduğu da birçok çalışmada gösterilmiştir (66).

2.1.5. Klinik Seyir ve Prognoz

BPB mesleki, psikososyal ve bilişsel işlevsellikte bozulmalara sebep olabilecek değişken bir seyre sahiptir (67). Hastalık başlangıcı genel olarak 20 yaş civarında olmakla birlikte, başlangıç yaşı için 15-24 ve 45-54 yaşları arası olmak üzere 2 pik dönem olduğu düşünülmektedir (68). Daha erken yaşlardaki başlangıç daha kötü prognoz, daha uzun tedavi gecikmesi, daha şiddetli depresif dönemler ve daha fazla eşlik eden anksiyete ve madde kullanım bozukluğu prevalansı ile ilişkilendirilmiştir (69). Hastalar çoğunlukla genç erişkinlik döneminde tanı aldığı için ekonomik olarak aktif nüfus etkilenmektedir ve bozukluk genç insanlarda iş gücü kaybının önde gelen sebepleri arasında yer almaktadır (70).

BPB'de ilk hastalık dönemi genellikle depresif dönem olur ve depresif dönemler hastalık süresince manik veya hipomanik dönemlere göre belirgin şekilde daha uzun sürer. Bu sebeple BPB hastaları sıklıkla majör depresif bozukluk (MDB) olarak yanlış tanı alırlar (71). Tedaviye başvuran depresif dönemdeki BPB hastalarının başvuru sonrası 1 yıl içerisinde sadece %20'sine doğru tanı konduğu gösterilmiştir (72). İki bin üç yüz sekiz BPB tanılı hasta ile yapılan bir çalışmada ilk hastalık döneminin %54 oranında depresyon, %22 oranında mani, %24 oranında karma olduğu saptanmıştır (73). MDB dışında erişkin BPB hastalarına en sık konulan yanlış tanımlar psikotik bozukluklar, kişilik bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve anksiyete bozukluğudur (74).

Bir meta-analizde ilk kez manik dönem geçiren hastaların %87,5'inin ilk 1 yıl içerisinde tanı kriterlerini karşılamayacak şekilde iyileştiği, %62,1'inin semptomsuz hale geldiği, %41'inin ise bu süre içerisinde manik, depresif veya karma dönem yaşadığı gösterilmiştir (75). 15 yıllık bir takip çalışmasında BPB-1 tanılı hastaların çalışma periyodunun yaklaşık yarısı boyunca ötimi döneminde, %36'sı boyunca

depresyon döneminde olduğu bulunmuştur (76). Başka bir takip çalışmasında ise 25 yıllık süre içerisinde hasta başı duygu durum atağı sayısı 5,5 saptanmıştır (77).

Bin yüz otuz hastanın dahil edildiği bir çalışmada alt tipler arası farklılık olmaksızın BPB’de depresyon dönemlerinin mani dönemlerine göre belirgin şekilde daha uzun sürdüğü gösterilmiştir. Aynı çalışmaya göre yineleme oranları (epizod/yıl) ve mani dönemlerine kıyasla depresyon döneminde geçirilen sürenin oranı BPB-2 ve karma dönemin baskın olduğu BPB’de en yüksektir. BPB-1 ve psikotik özellik gösteren hastalarda yıllık mani dönemi sayısı daha fazladır. Psikotik özellikli hastalar dışında çoğu BPB alt tipinde depresif dönemde geçirilen süre manik dönemlere göre daha fazladır (78).

BPB-1 tanılı hastaların %12-24’ünün hızlı döngülü olduğu ve hızlı döngülüğün erken başlangıç yaşı, atipik özellikli depresif dönemler ve tekrarlayan intihar girişimleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (79). Hastaların yaklaşık olarak %25’inde ise hastalık dönemleri mevsimsel özellik göstermektedir (80).

BPB hastalarında akut hastalık dönemlerine ek olarak ötimi dönemlerinde de bilişsel ve psikososyal işlev bozuklukları görülmektedir (81). Bir takip çalışmasında ilk manik dönem hastalarında 2 yıllık takipten sonra semptomatik düzelme %98 oranında görülürken, işlevsel anlamda tam düzelmenin yalnızca %38 oranında gerçekleştiği gösterilmiştir (82).

Bilişsel ve işlevsel bozulmalara ek olarak BPB hastalarında fiziksel sağlık da kötü etkilenmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve obezite BPB hastalarında genel topluma göre daha sık ve daha erken yaşlarda görülmektedir (83). Ek tıbbi hastalık varlığı hastalık seyrini kötüleştirmekte ve ölüm oranlarını artırmaktadır (84). 30 yıllık bir takip çalışmasında, BPB hastalarında kardiyovasküler sistem hastalıkları ve intiharın ana ölüm sebepleri olduğu gösterilmiştir (3). Çeşitli çalışmalarda BPB tanılı hastalarda bir yıl içerisindeki intihar riskinin genel topluma göre 30-60 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (7,85).

İsveç’te ulusal çapta yapılan geniş bir kohort çalışmasında BPB tanılı hastaların kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı,

pnömoni, kasıtlı olmayan yaralanma ve intihar gibi birçok sebepten ötürü genel topluma göre daha erken öldüğü gösterilmiştir. Aynı çalışmada BPB hastalarında ortalama yaşam süresinin genel topluma göre erkek hastalar için 9 yıl, kadın hastalar için 8,5 yıl daha kısa olduğu saptanmıştır (86).

2.2. İNTİHAR

2.2.1. Tanım

İntihar, güncel Türkçe sözlükte “bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi” şeklinde tanımlanmıştır. İntihar davranışı, intiharı düşünmekten intihar sebebiyle hayatını kaybetmeye kadar uzanan geniş bir yelpazede ele alınır.

Ölümle sonuçlanmayan intihar düşünce ve davranışları üç farklı kategoride ele alınmıştır. İntihar düşüncesi kendi hayatını sonlandırmaya yönelik davranışlarda bulunma düşüncesi, intihar planı kişinin ölüm niyetiyle bir yöntem belirlemesi, intihar girişimi ise kişinin içinde en azından bir miktar ölüm düşüncesi bulunarak kendine zarar verme potansiyeli olan bir davranışta bulunması şeklinde tanımlanmıştır (87).

Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) intihar davranışları olan hastaları değerlendirmek amacıyla intihar, intihar girişimi, durdurulmuş intihar girişimi, intihar düşüncesi, intihar niyeti, intihar davranışının ölümcüllüğü ve kasıtlı kendine zarar verme kavramlarını önermiştir (88).

Tablo 4: APA'nın İntihar Davranışı ile İlgili Tanımları

İntihar	Kişinin ölme niyeti olduğunun kanıtı (belirgin veya örtülü) ile birlikte kendini öldürmesidir.
İntihar girişimi	Kişinin ölme niyeti olduğunun kanıtı (belirgin veya örtülü) ile birlikte ölüm ile sonuçlanmayan kendine zarar verici davranışdır.
Durdurulmuş intihar girişimi	Kişinin ölme niyeti olduğunun ancak fiziksel bir hasar gerçekleşmeden eylemi durdurduğunun kanıtı (belirgin veya örtülü) ile birlikte kendine zarar verme potansiyeli olan davranışdır.
İntihar düşüncesi	Kişinin kendini öldürmeyi isteme düşünceleridir. İntihar planlarının özelliklerine ve intihar niyetinin derecesine göre intihar düşüncesinin ciddiyeti değişebilir.
İntihar niyeti	Kendine zarar verici bir davranışın ölümle sonuçlanacağına dair öznel beklenti ve arzudur.
İntihar davranışının ölümcüllüğü	Bir intihar yöntemi veya eylemi ile ilişkili nesnel yaşamsal tehliktir. Kişinin eylemin tıbbi olarak ne kadar tehlikeli olduğuna dair beklentisinin ölümcüllükten farklı olabileceğine ve bunların her zaman birbiriyle uyuşmayabileceğine dikkat etmek gerekir.
Kasıtlı kendine zarar verme	Kişinin ölüm niyeti olmadan isteyerek kendisine yönelik acı verici, yaralayıcı ve zarar verici eylemlerde bulunmasıdır.

DSM-5'te (2013) “Daha İleri Çalışmalar için Durumlar” başlığı altında “İntihar Davranış Bozukluğu” ve “İntihar Olmayan Kendini Yaralama” olmak üzere iki yeni tanı bulunmaktadır. “İntihar Davranışı Bozukluğu” için önerilen tanı kriterleri Tablo-5'te tanımlanmıştır (40).

Tablo 5: DSM-5'e göre İntihar Davranış Bozukluğu Tanı Kriterleri

A. Son 24 ay içerisinde, kişi bir intihar girişiminde bulunmuştur.

Not: İntihar girişimi kişinin kendi kendine başlattığı davranışlar dizisidir. Başlangıç zamanında, kişi bir seri eylemin kendi ölümüne yol açabileceğini beklemiştir (uygulanan yöntemi içeren davranışın gerçekleştiği zaman, “başlangıç zamanı”dır).

B. Eylem, intihar olmayan kendini yaralamanın kriterlerini karşılamaz. Yani, olumsuz duygu veya bilişsel durumdan rahatlamayı tetiklemek için veya olumlu duygudurumu elde etmek için gerçekleştirilen vücudun dış yüzeyine yönelmiş kendini yaralamayı kapsamaz.

C. Tanı, intihar fikirleri veya hazırlayıcı eylemler için uygulanmaz.

D. Eylem, bir deliryum veya konfüzyon durumu sırasında başlamamıştır.

E. Eylem, yalnızca politik veya dini amaç için gerçekleştirilmemiştir.

Varsa belirtiniz:

Devam eden: Son girişimden bu yana 12 aydan fazla zaman geçmemiştir.

Erken remisyonunda: Son girişimden bu yana 12-24 ay geçmiştir

2.2.2. Epidemiyoloji

İntihar dünya çapında önemi olan bir olgudur, öyle ki kuruluşunun 2. yılından itibaren DSÖ tarafından devamlı olarak ele alınmıştır (89). Dünyada erken ölümlerin %1,4'ü intihar sebebiyle gerçekleşmekte ve erken ölüm sebepleri arasında intihar 15-29 yaş aralığında ikinci, 30-49 yaş aralığında ise beşinci sırada yer almaktadır (90). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2019 yılında en yüksek intihar oranları 45-64 arası ve 85 üstü yaş grubunda görülmüştür (91).

DSÖ verilerine göre dünya çapındaki tamamlanmış intiharların yaklaşık %75'i düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. İntihar ile ölümlerde erkek/kadın oranı 1,7 civarındadır, yani erkeklerde intihar kadınların yaklaşık 2 katı kadar görülmektedir (92).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye'de 2019 yılında 3406 kişi intihar sebebiyle hayatını kaybetmiştir. Kaba intihar hızı ise yüz binde 4,12 olarak saptanmıştır. İntihar eden kişilerin %22,9'unun kadın, %77,1'inin ise erkek olduğu görülmüştür. İntiharın en sık görüldüğü yaş aralıkları kadınlarda %15,8 ile 15-19, erkeklerde %11,6 ile 20-24, genel olarak ise %12,2 ile 20-24 yaş olmuştur. İntiharların %43,1'ini 15-34 yaş aralığındaki kişiler gerçekleştirmiştir (93).

İntihar girişimleri ise tamamlanmış intiharlara göre 30 kata kadar daha sık görülmektedir (92). Brezilya'da yapılan çok merkezli bir çalışmada intihar düşüncesi, planı ve girişiminin ömür boyu prevalansları sırasıyla %9,2, %3,1 ve %2,7 bulunmuştur (94). Tamamlanmış intiharların erkeklerde daha sık görülmesine rağmen intihar davranışları kadınlarda daha sık görülmektedir (94). Bu da erkeklerin kadınlara göre daha ölümcül intihar yöntemleri kullandığını düşündürmektedir.

Ateşli silah ve ası gibi daha ölümcül yöntemlerin erkekler arasında, zehirlenme ve boğulma gibi yöntemleri ise kadınlar arasında daha sık görüldüğü saptanmıştır (95). Türkiye'de 2019 yılında ası ile intihar hem kadınlarda hem erkeklerde en çok tercih edilen yöntem olmuştur ve toplam vakaların %47,8'ini oluşturmaktadır. İkinci en sık tercih edilen yöntemler kadınlarda %24 ile yüksekten atlama, erkeklerde ise %31,9 ile ateşli silah kullanımı olmuştur (93).

2.2.3. Etiyoloji

2.2.3.1. Psikososyal Görüşler

Geçmişte intihar üzerine birçok psikolojik ve toplumsal model öne sürülmüş ve denenmiştir (96). Fransız sosyolog Emile Durkheim, 1897’de yayımlanan “İntihar” isimli kitabında intiharı toplumsal bir olgu olarak ele almıştır. Durkheim bireyin kendini içinde bulunduğu toplumun bir parçası olarak görmesini “toplumsal bütünleşme”, gerçekçi olmayan arzularının toplumsal olarak kontrol edilmesini ise “toplumsal düzenleme” şeklinde tanımlamıştır. Onun görüşüne göre toplumsal bütünleşme ve toplumsal düzenlemenin çok zayıf veya çok baskın olmasının intihar üzerindeki etkisi büyüktür. Durkheim intihar türlerini egoistik (bencil), altruistik (özgeci), anomik (kuralsızlık) ve fatalistik (kaderci) olmak üzere 4 farklı gruba ayırır (97).

Sigmund Freud intiharı çökkünlükle ilişkilendirmiştir. “Yas ve Melankoli” (1916) makalesinde Freud, sevgi nesnesinin yitimi ile çökkünlük ve yas tutmanın başladığını ifade eder (98). Yitirilen sevgi nesnesi içe alınır ve ona yönelik sevgi ve yıkıcılığı barındıran ambivalan duygular ortaya çıkar. Çökkün bireyde, içe alınan sevgi nesnesine yönelik yıkıcılığın benliğe yönelmesi ve kişinin sevgi nesnesini kendini öldürerek yok etmeyi istemesi sonucu intihar gerçekleşir. “Haz İlkesinin Ötesinde” (1920) eserinde ise Freud, basit içgüdülerden farklı olan yaşam ve ölüm içgüdülerinden bahseder (99). Bir kişinin kendisi öldürmesini sağlayan enerjinin, başka bir nesneyi yok etmeye yönelik daha erken dönemde bastırılmış arzularından kaynaklandığına inanır. Bu nesnenin içe alınması sonucu nesne egonun bir parçası haline gelir ve intihar dışı yönelik öldürme arzusunun bu içe alınmış nesneye yani kendiliğe yönelmesini temsil eder.

Freud’un ölüm dürtüsü kavramından beslenen Menninger her intiharın içe yöneltilmiş bir cinayet olduğunu ifade etmiştir (100). Menninger; başkalarını öldürme, başkaları tarafından öldürülme ve kendini öldürme arzularından oluşan bir intihar üçlüsü kavramını öne sürmüştür. Bu düşünceye göre öldürme arzusu başlangıçta dışsal bir nesneye yönelmişken sonradan içe alınarak egoya yönelir ve sevilen kişinin ölümünü arzulamadan doğan suçluluk ortaya çıkar. Ortaya çıkan suçluluk duyguları

sonrası bu arzunun yerini, ötekileri yok etme düşüncelerinin cezası olarak öldürülme arzusu alır.

Amerikalı klinik psikolog Edwin Shneidman intiharın, depresyon ya da umutsuzluktan farklı olan yoğun ve katlanılamayacak şiddetteki bir ruhsal acıdan (“psychache”) kaynaklandığını ileri sürmüştür (101). Bu görüşe göre acı çeken birey ölümden başka bir çözüm kalmadığını hissedene kadar bir çare arar. Baumeister’a göre ise insanların intihar davranışında bulunmasının sebepleri çoğunlukla olumsuz bir durumdan kaçmak veya katlanılamaz bir zihinsel yaşantıyı ertelemektir. Bu teori intiharın bir çeşit kendini infaz olduğu algısını reddeder ve intiharı çekici hale getiren şeylerin bilincin kaybı ve psikolojik acının rahatlaması olduğunu savunur (102).

Bilişsel kuramın kurucularından Beck, intiharı umutsuzluk ve çaresizlik ile ilişkilendirmiştir. Depresyondaki kişi bilişsel çarpıtmaların etkisiyle kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz olarak görür. Bunların sonucunda umutsuzluk ve çaresizlik hislerine kapılan kişi intiharı tek yol olarak görür (103).

Schotte ve Clum sorun çözme becerilerindeki bilişsel katılığın, hayatın getirdiği olağan yaşantıların sebep olduğu yüksek stresten kaynaklanabilen umutsuzluk ve intihar düşüncelerine yönelik bir yatkınlık ortaya çıkarabileceğini ileri sürmüşlerdir (104).

Mann ve ark. tarafından öne sürülen stres-diyatez modeline göre ise psikiyatrik hastalıklar stres oluşturur ancak yalnızca yatkınlıkla bir araya geldikleri zaman intiharla sonuçlanırlar (105). Diyatez (yatkınlık) kişide kalıcı bir özellik olarak bulunur ve genetik, erken yaşam deneyimleri, zorlu çocukluk yaşantıları, alkol-madde kullanımı, kafa travması, eşlik eden kişilik bozukluğu, ailede intihar öyküsü gibi birçok değişkenden etkilenir.

Joiner’a göre insanlar tekrarlayan acı verici deneyimler sebebiyle acı, yaralanma ve ölüme karşı bir korkusuzluk kazanır. Buna “edinilmiş intihar kapasitesi” denir. Joiner ve ark. tarafından geliştirilen Kişilerarası İntihar Teorisi’ne göre kişi ancak hem ölme arzusuna hem de kendini öldürmeyi gerçekleştirme kapasitesine sahip olduğu zaman ciddi bir intihar davranışında bulunur (106,107).

O'Connor tarafından 2011 yılında önerilen Entegre Motivasyonel – İradesel İntihar Davranışı Modeli, intihar düşüncelerinin ortaya çıkışıyla ilişkili etmenler ile bu düşüncelerin intihar davranışına dönüşmesi arasındaki etkileşime odaklanır (108,109).

2.2.3.2. Nörobiyolojik Görüşler

Yapılan çalışmalara göre intihar %30-50 arasında kalıtlılabirliğe sahiptir (110). İkiz çalışmaları intihar riskindeki artışın hem genetik hem de çevresel değişkenlerle ilişkili olduğunu düşündürmektedir ve monozigotik ikizlerdeki risk artışı dizigotiklere göre anlamlı derecede daha yüksektir (111).

Genetik çalışmalarda triptofan hidroksilaz (TPH1, TPH2), serotonin taşıyıcı (5-HTTLPR) ve serotonin reseptör (HTR1A, HTR2A, HTR1B, HTR2C) ve monoamin oksidaz A (MAOA) genleri gibi serotonerjik genler ile intihar davranışı arasında ilişki olabileceğine dair bulgular saptanmıştır (112).

Dopaminerjik sistem ile ilgili çalışmalar nispeten daha az olmakla birlikte yapılan bir çalışmada homovalinik asit (HVA) düzeylerinin özkıyım girişiminde bulunan bireylerin hipokampusunda daha düşük olduğu bulunmuştur (113).

İntihar davranışı olan kişilerde beyinde serotonerjik aktivitede ve beyin omurilik sıvısında 5-hidroksi indol asetik asit (5HIAA) seviyelerinde azalma, prefrontal korteks ve hipokampusta serotonin reseptörlerinde artış saptanmıştır (114,115).

Endokrinolojik çalışmalar düşük serum kolesterol düzeyleri ve artmış HPA aksı aktivitesi arasında ilişki bulunduğu görülmektedir (116,117). Deksametazon ile kortizol yanıtı baskılanması olmayan bireylerde intihar sonucu ölüm riskinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (118).

Yapılan bir fMRI çalışmasında intihar davranışı öyküsü ile beyinde yapısal bozukluklar ve işlevsel değişiklikler arasında ilişki saptanmıştır. Bu kişilerde rektal girus, süperior temporal girus ve kaudat nükleus hacimlerinde azalma gibi yapısal; anterior ve posterior singulat kortekslerde artmış reaktivite gibi fonksiyonel değişiklikler olduğu görülmüştür (119).

2.2.4. Risk Faktörleri

İntihar için erkek cinsiyet, ergen veya ileri yaşta olmanın riski artırabileceği düşünülmüştür. İntihar davranışı için ise kadın cinsiyet, genç olmak, evlenmemiş olmak, daha düşük eğitim seviyesi ve işsizlik risk faktörleridir (90,120-123).

Psikiyatrik hastalık varlığının intihar riskini artırdığı birçok çalışmada gösterilmiştir (94,105,123,124). İntihar ile hayatını kaybeden kişilerin intihar eyleminde bulundukları sırada %90-95'inin tanı konabilir bir psikiyatrik hastalığı olduğu saptanmıştır (125). Duygudurum, dürtü kontrol, alkol-madde kullanım, kişilik bozuklukları ve psikotik bozukluklar intihar ve intihar davranışı açısından en yüksek risklere sahip bozukluklardır (94,124,126-128).

Umutsuzluk, anhedoni, dürtüsellik ve artmış duygusal reaktivite etmenlerinin her birinin ruhsal sıkıntıları şiddetlendirerek intihar riskini artırabileceği düşünülmektedir (105,129-137).

Hukuki sorunlar ile ailesel ve duygusal çatışmalar gibi stres yaratıcı yaşam olayları sonrası intihar davranışları sık olarak gerçekleşir (138-141). Perinatal dönem sorunları ve ÇÇT'nin de artmış intihar riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (142-146).

Gey, lezbiyen, biseksüel ve transseksüel bireylerde intiharın riskinin diğer kişilere göre arttığı, hatta bazı ülkelerde transseksüel kişilerde ömür boyu intihar girişimi oranlarının %30-50'ye kadar çıktığına dair bulgular mevcuttur (147,148).

İntiharı öngören en güçlü etmen kişinin daha önce intihar girişiminde bulunmuş olmasıdır. Geçmişte intihar girişimi bulunan kişilerde başka bir girişimde bulunma olasılığının 5-6 kat arttığı düşünülmektedir (149). İntihar girişiminde bulunan her 100 kişiden birinin sonraki bir yıl içerisinde hayatını kaybettiği, bu durumun genel topluma göre yaklaşık 100 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (150).

2.2.5. Bipolar Bozukluk ve İntihar

BPB'nin tüm psikiyatrik bozukluklar arasında intihar riskini en çok artıran bozukluk olduğu düşünülmektedir (151). BPB tanılı erişkin hastalarda ömür boyu intihar girişimi oranı %25-50 iken, intihar nedeniyle ölüm oranının %8-19 arasında olduğu bulunmuştur (152). Çeşitli çalışmalarda BPB tanılı hastalarda genel topluma göre intihar riskinin 20-60 kat kadar daha fazla olduğu gösterilmiştir (7,85,153).

İntihar girişimi ilk depresif dönemde veya hastalığın başlangıcında, hastalığın ileriki dönemlerine göre çok daha sık görülür (7,154). Majör depresif dönem BPB'de intihar riskinin en çok arttığı dönemdir, bunu karma dönemler ve riskin en az olduğu manik dönemler izler (155). Disforik mani tablosundaki hastalarda intihar düşüncesi sıklığı %26-55 iken, pür mani hastalarında bu oran %2-7 saptanmıştır (3,7,154). Hastalık süresi ve tedavisiz kalınan zamanın artışı da intihar riskini artırdığı ileri sürülmüştür. Bu durumun depresif dönemlerin sıklık ve sürelerinin daha uzun olması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (156).

Depresyon dönemlerinin daha baskın olması ve karma özellikli depresyonların görülmesi artmış intihar riski ile ilişkilidir (157). BPB-1 ve BPB-2'den hangisinde intihar oranlarının daha fazla olduğu konusunda ortak bir görüş yoktur (158,159).

BPB tanılı hastalardaki intihar girişimlerinin ölümcüllüğü tüm psikiyatrik hastalıklar arasında en yüksek orana sahiptir (160). Genel toplumda tamamlanmış intiharların tüm intihar girişimlerine oranı 1/35 iken, BPB'de bu oran 1/3'e kadar çıkabilmektedir (161). Bu hastalarda intihar girişimi ve tamamlanmış intiharı öngören en önemli etmenlerden biri daha önce intihar girişimi olmasıdır (7,162).

Ailede, özellikle de 1. derece yakınlar da intihar girişimi ve tamamlanmış intihar öyküsü bulunmasının intihar riskini artırdığı gösterilmiştir (163,164). Bunun kısmen BPB'nin kısmen de intihar davranışının kalıtılabilirliği ile alakalı olduğu düşünülmüştür (165).

Genel toplumla uyumlu olarak BPB'de de erkeklerde tamamlanmış intihar daha sık görülürken, intihar girişimi kadınlarda daha sık görülmektedir (162,166).

İntihar düşüncesi sıklığı ise %14-59 arası değişmektedir ve umutsuzluk, karma depresyon, şiddetli depresyon, psikotik bulgu varlığı, panik bozukluk bulguları, alkol kötüye kullanımı ve erken hastalık başlangıç yaşı ile ilişkilidir (7,167,168).

BPB hastalarında antisosyal, borderline, narsisistik ve histriyonik kişilik bozukluklarının tanıya eşlik etmesi daha fazla sayıda şiddetli duygudurum atağı, artmış çevresel reaktivite, dürtüsellik ve saldırganlık ile ilişkilidir ve intihar riski oranını artırmaktadır (7). ÇÇT'nin de BPB hastalarında intihar riskini artırdığına dair çalışmalar mevcuttur (169).

2.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Çocukluk çağı travmaları veya olumsuz yaşantıları; fiziksel, cinsel veya duygusal istismar, boşanma/ayrılık, ev içi şiddet, ruhsal bir hastalığı veya madde kullanımı olan bir erişkinle yaşamak, eve hapsedilmek gibi birçok travmatik durumu kapsar (170). DSÖ çocuk ihmal ve istismarını; bir sorumluluk, güven ve güç ilişkisi bağlamında çocuğun sağlığına, hayatta kalımına, gelişimine veya onuruna gerçek veya potansiyel olarak zarar gelmesiyle sonuçlanan her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal ya da umursamaz davranış veya sömürü (ticari veya başka bir amaçla) şeklinde tanımlamıştır (171).

ÇÇT ihmal ve istismar olarak iki grupta değerlendirilir. İstismar fiziksel, cinsel ve duygusal istismar olarak; ihmal ise fiziksel ve duygusal olarak gruplara ayrılmıştır (172).

DSÖ anketleri dünya nüfusunun yaklaşık üçte birinin ÇÇT yaşadığını göstermektedir (173). Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada katılımcıların %16'sı çocukluk çağında istismara uğradığını bildirmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %7'sinin fiziksel, %6'sının duygusal, %11'inin ise cinsel olarak ciddi boyutta istismara uğradığı saptanmıştır (174).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada 11, 13 ve 16 yaş grubu çocuklarda yaşam boyu psikolojik ve fiziksel ÇÇT sıklığı sırasıyla %70,5; %58,4; %42,6, son bir yıldaki

sıklıklar ise sırasıyla %62,7; %46; %37,5 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada psikolojik ÇÇT'nin kırsala göre şehirde yaşayanlarda, ihmalin kızlarda, fiziksel ÇÇT'nin ise erkeklerde daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir (175). Tıp fakültesi öğrencileri arasında yapılan başka bir çalışmada ise çocukluk çağında fiziksel, duygusal ve cinsel istismar sıklıkları sırasıyla %14,6; %32,3; ve %8,9 saptanmıştır (176).

Birçok çalışmada ÇÇT'ye maruz kalmanın erişkinlik yaşamındaki iyilik halini belirgin olarak etkilediği ve hem ruhsal hem de fiziksel hastalık riskini artırdığı gösterilmiştir. (177-179). BPB de dahil olmak üzere birçok psikiyatrik hastalıkta ÇÇT'nin hastalığı tetiklediği, şiddetini kötüleştirdiği ve yineleme riskini artırdığı saptanmıştır (10).

Yapılan farklı çalışmalarda BPB tanılı hastalarda ÇÇT oranının %45-68 olduğu bulunmuştur (180-183). ÇÇT bulunan BPB tanılı hastalarda ÇÇT olmayanlara göre daha yüksek intihar riski, daha şiddetli depresif semptomlar ve daha kötü bilişsel işlevsellik olduğu saptanmıştır (11).

ÇÇT bulunan BPB hastalarında HPA aksındaki günlük aktivitede travmatik stres ile ilişkili değişikliklerin olduğu, aynı değişikliklerin sağlıklı kontrollerde ve ÇÇT bulunmayan BPB hastalarında görülmediği saptanmıştır. Bu bulgular ÇÇT-BPB ilişkisinde HPA aksının etkisi olabileceğini düşündürmektedir (184). Buna ek olarak BDNF düzeylerinde azalma, epigenetik faktörler ve telomer kısalması gibi etmenlerin de bu ilişkide rol oynayabileceği düşünülmüştür (66).

2.3.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve İntihar

ÇÇT ile artmış intihar davranışı riski arasında güçlü bir ilişki olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (185,186). ABD'de genel toplumda yapılan bir çalışmada ÇÇT'nin genel olarak intihar düşünce ve girişimlerinin sırasıyla kadınlarda %16 ve %50'sinden, erkeklerde ise %21 ve %33'ünden sorumlu olduğu saptanmıştır (187).

Klinik çalışmalarda çeşitli psikiyatrik hastalıklarda da ÇÇT ile artmış intihar davranışı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (170,188,189). Roy ve ark. yaptıkları çalışma sonucunda, PD'nin ÇÇT ile ilişkili olan intihar riskinde azalma sağlayabileceğini öne sürmüşlerdir (190).

Bir meta-analizde ÇÇT bulunan BPB tanılı hastalarda; hastalık başlangıcının daha erken olduğu, daha sık ve daha ağır mani ve depresyon dönemlerinin görüldüğü, psikotik bulguların daha şiddetli olduğu, hızlı döngülülüğün daha fazla görüldüğü, intihar girişiminin daha fazla olduğu ve travma sonrası stres bozukluğu, alkol-madde kullanım bozuklukları ve anksiyete bozukluğu tanılarının daha fazla eşlik ettiği gösterilmiştir (191).

2.4. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

PD, İngilizce'deki "resilience" kavramının Türkçe'si olarak kullanılmaktadır. Oxford İngilizce Sözlük'te "resilience", "ortaya çıkan zorlu durumlardan sonra önceki iyilik haline hızlı bir şekilde geri dönebilme becerisi" şeklinde tanımlanmıştır (192).

Literatürde PD için birçok farklı tanım bulunmaktadır. Bu tanımlar psikolojik dayanıklılığı "özellik", "sonuç" ve "süreç" olarak görmelerine göre üç gruba ayrılmıştır (193). "Özellik" yaklaşımını savunan araştırmacılar PD'yi, bireylerin olumsuz yaşantılarla başa çıkabilme ve bu durumlarda iyi bir uyum ve gelişim gösterebilmelerini sağlayan kişisel bir özellik olarak görürler (194). "Sonuç" odaklı yaklaşıma göre PD, kişilerin olumsuz yaşantılardan sonra iyileşebilmesini sağlayan bir işlevsel veya davranışsal sonuçtur (195). "Süreç" odaklı yaklaşıma göre ise PD, kişilerin büyük boyutta olumsuzluklara aktif olarak uyum sağlama ve hızla iyileşmelerini sağlayan dinamik bir süreçtir (12).

Daha erken çalışmalar "özellik" ve "sonuç" yaklaşımına odaklanmıştır (196). "Sonuç" odaklı yaklaşımlar PD açısından olumlu sonucu belirleyen çeşitli faktörler tanımlamışlardır. Bu alanda birbiriyle kesişebilen ve etkileşebilen genetik, sosyal, çevresel ve psikolojik değişkenler gibi birçok etmen araştırılmıştır (197, 14). PD ile

ilişkili olarak; bir yaşam amacı veya anlamının varlığı, olumlu duygular, dirençlilik, özgüven, aktif başa çıkabilme, iyimserlik, sosyal destek, bilişsel esneklik gibi birçok faktör tanımlanmıştır ve bunların değiştirilebilir olduğu vurgulanmıştır (196).

Son dönemdeki yaklaşımlar ise PD'yi çok boyutlu, dinamik ve değişken bir süreç olarak kavramsallaştırmıştır. PD süreci olumsuz olaylar sırası veya sonrasında, bozulmamış bir ruh sağlığı veya hemen ardından iyileşmenin geldiği geçici bozulmalarla karakterizedir (198).

Genel olarak PD, bireysel ve çevresel etmenlerin etkileşiminin bir sonucu olarak görülmektedir (199). PD kişisel (örn: iyimserlik) faktörler kadar çevresel faktörlerden de (örn: sosyal destek) etkilenir (200). Sonuç olarak PD'nin, çeşitli girişimler ile değiştirilebilir ve geliştirilebilir olduğu düşünülmektedir (201,202).

PD'nin psikiyatrik hastalıklar ile ilişkisine dair literatürde birçok çalışma mevcuttur (203). PD ve bilişsel işlevlerin araştırıldığı bir çalışmada BPB ve şizofreni tanımlı hastaların sağlıklı kontrollere göre belirgin şekilde daha düşük PD ve daha kötü bilişsel işlevlere sahip olduğu gösterilmiştir (204). Ötmi dönemindeki BPB hastalarında dürtüsellik ve PD üzerine yapılan bir çalışmada, düşük PD seviyelerinin artmış dürtüsellik ve daha fazla depresyon atağı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (205).

PD ve yaşam kalitesi ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada hem BPB hem de şizofreni tanımlı hastalarda PD daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur ve remisyondaki hastaların remisyonda olmayanlara göre daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları gösterilmiştir (206). BPB hastalarıyla yapılan bir çalışmada içgörünün olumsuz gelecek algısıyla ilişkili olduğu ancak genel olarak PD ile belirgin bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır (207). Genel olarak bakıldığında BPB tanımlı hastalarda daha iyi PD seviyelerinin daha iyi klinik gidişi gösterdiği düşünülmektedir (208).

2.4.1. Psikolojik Dayanıklılık ve İntihar

Birçok kişi tarafından düşük PD'nin intihar girişimi açısından bir risk faktörü olabileceği düşünülmüştür (18). Roy ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada daha önce intihar girişimi olan kişilerin olmayanlara göre daha düşük PD'ye sahip olduğu saptanmıştır (209).

Ülkemizde madde kullanım bozukluğu tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada ÇÇT'nin fazla, PD'nin ise düşük olmasının intihar riskini öngörücü etkenler olabileceği öne sürülmüştür (210). Ötmi dönemindeki BPB-1 hastaları ile yapılan başka bir çalışmada ise daha önce intihar girişiminde bulunmuş olma ve PD arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (19).

2.5. DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ

DD; istenen bir hedefe ulaşmaya yönelik olarak duygusal tepkileri gözlemlene, düzenleme ve değiştirebilmeyi sağlayan içsel ve dışsal süreçler şeklinde tanımlanmıştır (211,212). Duyguların başlangıç zamanını, şiddetini, süresini ve davranışsal, deneyimsel, fizyolojik alanlarda ortaya çıkan yanıtları da kapsar (24).

Gross'un DD süreci modeline göre duygular oluşum süreçlerinde beş farklı noktada düzenlenebilirler (24):

1. Durum seçimi: DD amacıyla belli bazı kişilere, mekanlara, nesnelere yaklaşmayı ve onlardan uzaklaşmayı ifade eder.
2. Durumun değiştirilmesi: Mevcut durumun ve buna bağlı olarak duygusal tepkinin değiştirilmesidir
3. Dikkatin yöneltmesi: Dikkatin dağıtılması, odaklanma ve ruminasyon gibi dikkatin belli yönlere yöneltmesiyle ilişkili süreçleri kapsar.
4. Bilişsel değişiklik: Kişinin bir durumu içsel ve dışsal olarak yeniden değerlendirmesini, mevcut durum hakkındaki düşüncelerini, duygularını ve durumu yönetme becerisini değiştirmesini ifade eder.

5. Tepkilerin düzenlenmesi: Doğrudan fizyolojik, deneyimsel ve davranışsal yanıtların düzenlenmesini ifade eder. Önceki dört aşamadan farklı olarak bu aşama tepki başladıktan sonra ortaya çıkar.

Literatürde DDG tanımını ilk kez kullanan kişi Linehan olmuştur (213). Linehan'ın tanımına DDG olaylara karşı yüksek duygusal duyarlılık, duygulara yönelik tepkisellikte artış ve duygusal anlamda nötr duruma uzun sürede geri dönüş ile karakterizedir. DDG hem etkili DD stratejilerinin yeterince kullanılmamasını hem de uyumsuz stratejilerin kullanılmasını kapsamaktadır. Leahy ise DDG'yi duygunun yaşanması ve işlenmesinde yetersizlik, duygusal yanıtın kontrol edilmesi ve baş etmede güçlük şeklinde tanımlamıştır (214).

Gratz ve Roemer DDG'yi altı farklı boyutta ele almışlardır (215):

1. Duygusal yanıtların kabul edilememesi (Kabul Etmeme)
2. Hedef yönelimli davranmada zorluk (Amaçlar)
3. Dürtü kontrol güçlüğü (Dürtü Kontrolü)
4. Duygusal farkındalığın eksikliği (Farkındalık)
5. DD stratejilerine sınırlı erişim (Stratejiler)
6. Duyguların net anlaşılmasında eksiklik (Açıklık).

DDG'nin psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olduğuna dair yapılmış birçok çalışma mevcuttur (23,216). Etiyoloji tam olarak aydınlatılmamış olsa da BPB patofizyolojisiyle alakalı modellerde DDG giderek daha fazla görünür olmakta, özellikle de duygudurum labilitesi ve duygu düzenleme güçlüklerinin kötü işlevsellikle ilişki olduğu düşünülmektedir (217).

BPB tanıli hastalarda DD stratejilerin incelendiği bir çalışmada hastaların uyum bozucu stratejileri daha çok kullandığı gösterilmiştir. Aynı çalışmada hastaların sağlıklı gruba göre uyum sağlayıcı stratejileri de daha çok kullandığı ama olumlu, olumsuz ve nötral durumlarda DD konusunda daha fazla başarısızlık yaşadığı gösterilmiştir. Bu da BPB hastaların DD süreçlerinde bir “çaba-başarı açığı” olduğunu düşündürmüştür (26).

Sağlıklı kontroller ve hipomani, depresyon ve ötimi dönemlerindeki BPB tanıli hastaların DDG açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada hasta grubunda sağlıklı kontrollere göre genel olarak daha fazla DDG olduğu saptanmıştır. Bunun büyük ölçüde Açıklık, Kabul edememe, Stratejiler, Dürtü Kontrolü ve Amaçlar boyutlarında yüksek skorlar olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Farkındalık alt ölçeğinde ise gruplar arasında belirgin farklılık saptanmamıştır. Bunun hastaların öfori veya depresyon gibi duyguları sık yaşamasına bağlı olarak bu duyguları daha iyi tanıyabilmeleri ile alakalı olabileceği düşünülmüştür (218).

2.5.1. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve İntihar

DDG'nin intihar düşüncesi varlığını öngörücü bir faktör olabileceği düşünülmektedir (28). Wagner ve Zimmerman intihar ile ilişkili risk faktörlerini tanımlarken DDG'yi de bu faktörlerden biri olarak kabul etmişlerdir (219). Bilişsel yeniden değerlendirme gibi DD ile ilişkili işlevsel stratejilerin azalmış, duygusal bastırma gibi uyum bozucu stratejilerin ise artmış intihar davranışı riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (220). Yapılan çeşitli çalışmalarda DDG ile intihar düşüncesi ve girişimleri arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (221,222).

DD ile ilişkili etmenler, intihar düşüncesinin psikolojik modellerinde önemli öncüller olarak tanımlanmıştır (106,108). Baumeister intiharı; kişinin olumsuz bir yaşantıyı kabul etmek ve onaylamak gibi yöntemlerden ve kendine dair farkındalıktan bir kaçış aracı olarak kullandığını düşünmüştür (102). “Cry of Pain” modelinde Williams da kişilerin çeşitli yaşantılardan kaynaklanan olumsuz duygulara katlanamadıklarında ve bu yaşantılardan kurtulmaya yönelik bir çözüm üretemediklerinde intiharı bir seçenek olarak gördüklerini öne sürmüştür (223).

Kişilerarası-Psikolojik İntihar Teorisi'nde DDG'nin rolünü araştıran bir çalışmada; DDG olan bireylerin daha düşük stres toleransına ve yüksek olumsuz aceleciliğe sahip olduğu, bu bireylerin başkalarına yük olma algısı ve aidiyet hissedememe durumlarına bağlı olarak daha fazla intihar isteği gösterdikleri bulunmuştur (224).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden 05.01.2021 tarihinde 488 protokol no ile onay alınmıştır. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18.01.2021 tarihinde 2021/26 Protokol Kodu ve 2021-02-15 Karar No ile etik kurul onayı alınmıştır.

3.1. ÖRNEKLEM

3.1.1. Çalışma Evreni ve Örneklem

Çalışmamıza Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Ayaktan Tedavi Ünitesi polikliniklerine ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'ne Ocak 2021 - Temmuz 2021 tarihlerinde başvuran DSM 5'e göre ötimi dönemindeki BPB-1 tanılı hastalar dahil edilmiştir. Hastalar BPB ile ilişkili bir çalışma yapılacağı konusunda sözel olarak bilgilendirilerek tarafımıza yönlendirilmiştir. Tarafımıza 174 hasta yönlendirilmiş, çalışmaya katılmaya sözlü ve yazılı olarak onam veren 181 hasta ile görüşme yapılmıştır. Hasta grubu tıbbi kayıtlarına ve kendi bildirimlerine göre daha önce intihar girişimi öyküsü olan 82, olmayan 99 hastayı kapsamaktadır.

Sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubuna ise BPB-1 hastalarıyla yaş, cinsiyet ve eğitim açısından benzer olan, yapılan klinik görüşmelerle DSM 5'e göre özgül fobi dışında herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmadığı saptanan, araştırmaya katılmaya sözlü ve yazılı olarak onam veren 102 gönüllü dahil edilmiştir.

3.1.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri

- Okur-yazar olmak
- 18-65 yaş arasında olmak

- Çalışmaya katılmayı kabul ettiğine dair sözlü ve yazılı onam vermiş olmak
- Hasta grubu için DSM-5 tanı kriterlerine göre BPB-1 tanısı almış olmak
- Son 6 ay içerisinde hastaneye yatış veya relaps bulunmaması

3.1.3. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Hasta grubu için DSM-5 tanı kriterlerine göre BPB-1 dışında eşlik eden bir psikiyatrik bozukluğun varlığı
- DSM-5 tanı kriterlerine göre BPB-1 tanısı almış olan hastaların Young Mani Derecelendirme Ölçeği puanının ≥ 8 ve Beck Depresyon Ölçeği puanının ≥ 10 olması
- Sağlıklı kontrol grubu için DSM-5 tanı kriterlerine göre herhangi bir psikiyatrik bozukluğun olması
- Kişinin zeka geriliği, nörolojik bir hastalık veya alkol/madde etkisi altında olması gibi sebeplerden ötürü kooperasyonunun ve bilişsel işlevlerinin yetersiz olması
- Kafa travması veya beyin cerrahisi girişimi öyküsü bulunması
- Psikotik belirtilerin olması
- Son 6 ay içinde elektrokonvülsif tedavi (EKT) yapılmış olması

3.2. UYGULANAN İŞLEM

Tüm katılımcılara çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formunu okumaları sonrası yazılı olarak onam alınmıştır. Onam veren kişilere DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) uygulanmış; hasta grubunda BPB-1 dışında ek psikiyatrik bozukluğu olan (özellikle fobi dışında), sağlıklı grupta ise herhangi bir psikiyatrik bozukluğu bulunan kişiler çalışma dışı bırakılmıştır. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) ve Beck Depresyon

Ölçeği (BDÖ) puanlarına göre remisyon kriterlerini karşılamayan hastalar değerlendirmeye dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden 181 hastadan 6 tanesi ek psikiyatrik bozukluk saptanmasından, 11 tanesi formları eksik doldurmasından, 9 tanesi remisyon kriterlerini karşılamamasından ve 4 tanesi tıbbi öyküleri konusunda yeterli bilgi edinilememesinden dolayı çalışma dışı bırakılmıştır. Sağlıklı grupta ise 102 kişiden 4 tanesi psikiyatrik bozukluk saptanmasından, 8 tanesi formları eksik doldurmasından dolayı çalışma dışı bırakılmıştır.

Sonuç olarak değerlendirme intihar girişimi öyküsü olan 70, olmayan 81 BPB-1 tanılı hasta ve 90 sağlıklı kontrol dahil edilerek yapılmıştır.

Görüşme sırasında Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu, DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği araştırmacı tarafından; Beck Depresyon Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ise katılımcılar tarafından uygulanmıştır.

3.3. KULLANILAN GEREÇLER

3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu

Katılımcıların sosyodemografik bilgileri, ailesel geçmişleri ve klinik öykülerine dair özelliklerinin sorgulanması amacıyla çalışma araştırmacıları tarafından oluşturulan bir formdur.

Formda bireyin cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu ve mesleği, ek tıbbi hastalıkları, hastalık başlangıç yaşı, atak sayısı, hastaneye yatış sayısı, kullandığı ilaçlar ve intihar öyküsü gibi bilgiler yer almaktadır.

3.3.2. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5)

SCID-5, 2015 yılında First ve ark. tarafından geliştirilmiştir (225). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise 2019'da Elbir ve ark. tarafından yapılmıştır (226).

SCID-5 ağır bilişsel kusuru, ağır psikotik belirtileri, ajitasyonu olmayan, 18 yaş üstü bireylerde uygulanabilir. Bilgi kaynakları hastanın kendisi, hastanın ailesi ve yakınları, sağlık ekibi, tıbbi kaynaklar ve gözlemlerdir. Gerekli görülürse ek bilgiler ışığında düzeltme yapılabilir ve birden fazla oturumda tamamlanabilir. Ortalama uygulama süresi 40-60 dakikadır.

SCID-5, 10 modülden oluşmaktadır. 32 tanısal kategoride ayrıntılı tanı ölçütleri, 17 tanısal kategoride ise yalnızca araştırmacı sorular yer almaktadır. Modüller psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ile travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için araştırmacı sorular ve uyum bozukluğunu içermektedir (226).

3.3.3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Mani döneminin şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak Young ve ark. tarafından 1978 yılında geliştirilen ölçektir (227). Görüşmeci tarafından uygulanır. Her biri 5 şiddet derecesini ölçen toplam 11 maddeden oluşur. Bu 11 maddeden yedisi beşli Likert tipinde, diğer dördü dokuzlu Likert tipinde hesaplanır. Ölçekten en düşük 0, en yüksek 44 puan alınabilir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve ark. tarafından yapılmıştır (228).

3.3.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve ark. tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir (229). Toplam 21 kategori ile depresyonda görülebilecek bilişsel, duygusal ve bedensel belirtileri ölçen bir öz-

bildirim ölçeğidir. En düşük 0, en yüksek 63 puan alınabilir. Türkçe’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 1988 yılında Hisli tarafından yapılmıştır (230).

3.3.5. Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ)

İntihar riskini yarı yapılandırılmış bir görüşme formatında değerlendirme imkanı sağlayan bu ölçek Kelly Posner tarafından geliştirilmiştir. İntihar düşüncesini, düşüncelerin yoğunluğunu, intihar davranışı ile gerçekleşmiş intiharları ve bu girişimlerin ciddiyetini sorgulayan 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Farklı örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalarda ölçeğin intihar düşüncesi, davranışı ve risklerini değerlendirmede geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (231). Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güneş ve Kılınçaslan tarafından yapılmıştır (232).

3.3.6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Bernstein ve ark. tarafından çocukluk çağındaki istismar ve ihmal yaşantılarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (233). Ölçekte her biri 5’li Likert olarak puanlanan 28 madde bulunmaktadır, toplam puan 25-125 arasında değişir. Ölçeğin; duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar olmak üzere beş alt boyutu bulunmaktadır.

Ölçeğin Türkçe’ye uyarlama çalışmaları Şar ve ark. tarafından yapılmıştır. Şar ve ark.; cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 puanın, duygusal ihmal için 12 puanın, toplamda ise 35 puanın aşılmasının pozitif bildirim olarak kabul edilmesini önermişlerdir (234).

Türkçe versiyonunun cronbach alfa katsayısı 0,93; Gutmann yarım test katsayısı 0,97 olarak hesaplanmıştır. Dördüncü madde ($r=0,17$) dışında tüm maddelerin Pearson korelasyon katsayısı sonuçlarının 0,30’un üzerinde, çoğunun ise 0,50’nin üzerinde olduğu bulunmuştur. Bu haliyle ölçeğin Türkçe’de geçerli ve güvenli olduğu düşünülmüştür.

3.3.7. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)

Friborg ve ark. tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir (235). Ölçeğin belirlenmiş bir minimum ve maksimum puan aralığı ya da kesme puanı bulunmamaktadır. Değerlendirmede puanlar arttıkça PD artmakta, puanlar azaldıkça PD azalmaktadır. Ölçeğin maddelerinde iki uçta olumlu ve olumsuz ifadelerin olduğu, bu uçlar arasında beş kutucuğun bulunduğu bir format kullanılmıştır. Toplamda 33 madde bulunmaktadır.

Ölçeğin 2003 yılında ilk geliştirilen formunda kişisel güç, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar olmak üzere 5 boyut bulunmaktaydı. Yeni geliştirilen modelde ise kişisel güç boyutu, kendilik algısı ve gelecek algısı biçiminde ikiye ayrılmıştır ve yapısal stil, gelecek algısı, kendilik algısı, aile uyumu, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar olmak üzere 6 alt boyut bulunmaktadır. Türkçe’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Basım ve Çetin tarafından yapılmıştır (236). Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları 0,66 – 0,81 arasında hesaplanmıştır.

3.3.8. Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği (DDGÖ)

DDGÖ; altı alt ölçek ve 36 maddeden oluşan, duygu düzenleme ile ilişkili güncel ve klinik açıdan anlamlı güçlükleri değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir. Gratz ve Roemer tarafından geliştirilmiştir (215). Katılımcılardan maddelerde yer alan ifadeleri okuyarak, 5’li Likert tipi ölçek (1=hemen hiçbir zaman, 5=hemen her zaman) düzeninde ifadelerin kendilerine uygunluk sıklığına göre işaretleme yapmaları istenir.

Altı alt ölçek şu şekildedir: 1) Kabullenememe, 2) Amaçlar, 3) Dürtü Kontrolü, 4) Farkındalık, 5) Stratejiler, 6) Açıklık. Ölçek için herhangi bir kesme puanı belirlenmemiştir. Daha yüksek skorlar daha fazla DDG olduğunu göstermektedir.

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Rugancı ve Gençöz tarafından yapılmıştır (237). Yapılan çalışmada 10. maddenin (Üzgün olduğumda duygularımı anlıyorum.) diğer maddelere göre çok daha düşük korelasyona ($r = .06$) sahip

olduğunun görülmesi üzerine bu madde çıkarılarak yerine aynı içeriğe sahip başka bir madde eklenmiştir. Böylece yapı geçerliliğin sağlandığı belirtilmiştir.

Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach alfa katsayısı orijinal haline benzer olacak şekilde 0,94 saptanmıştır. Türkçe versiyonun alt ölçeklerine bakıldığında alfa katsayılarının açıklık için 0,82; amaçlar için 0,90; dürtü kontrolü için 0,90; kabul edememe için 0,83; stratejiler için 0,89; farkındalık için 0,75 olarak hesaplandığı görülmektedir.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov testi ile ölçüldü. Nicel bağımsız verilerin analizinde Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde Ki-Kare testi, Ki-Kare testi koşulları sağlanmadığında Fischer testi kullanıldı. Etki düzeyi tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon ile araştırıldı. Parametrik olmayan değişkenlerin korelasyonu için Spearman's Testi kullanıldı. Analizlerde SPSS 27.0 programı kullanılmıştır. P değerinin 0,05'den küçük olması istatistiksel olarak anlamlı fark kabul edilmiştir.

3.5. ETİK KONULAR

Bu çalışma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden 05.01.2021 tarihinde 488 protokol no ile onay alınmıştır. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18.01.2021 tarihinde 2021/26 Protokol Kodu ve 2021-02-15 Karar No ile etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere çalışma hakkında bilgi verilmiş, aydınlatılmış onam formu doldurtularak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya katılmayı reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanarak, kayıtlarının gizi tutulacağına dair güvence verilmiştir.

4. BULGULAR

Bu çalışma kesitsel nitelikte bir vaka-kontrol çalışması olarak tasarlanmıştır. Çalışmamıza 15.01.2021-16.07.2021 tarihleri arasında; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi poliklinikleri ve hastaneye bağlı bulunan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde takip edilmekte olan; DSM-5 tanı kriterlerine göre BPB-1 tanısı konulan; son 6 aydır remisyonda olan; çalışmanın dahil etme ve dışlama kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 151 BPB-1 tanılı hasta ve 90 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Çalışma kapsamında 181 hasta değerlendirilmiş olup 6 tanesi ek psikiyatrik bozukluk saptanmasından, 11 tanesi formları eksik doldurmasından, 9 tanesi remisyon kriterlerini karşılamamasından ve 4 tanesi tıbbi öyküleri konusunda yeterli bilgi edinilememesinden dolayı çalışma dışı bırakılmıştır. Sağlıklı grup için ise 102 kişi değerlendirilmiş; 4 tanesi psikiyatrik bozukluk saptanmasından, 8 tanesi formları eksik doldurmasından dolayı çalışma dışı bırakılmıştır. Katılımcılardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Hastaların psikiyatrik hastalık tanılarının kesinleştirilmesinde DSM 5 tanı ölçütleri ve SCID-5 kullanılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 6'da gösterilmiştir. Yaş ortalaması $37,8 \pm 10,7$ olan; 90 (37,3%) erkek ve 151 (62,7%) kadın katılımcıdan oluşan grubun toplam öğrenim yılı $11,8 \pm 4,1$ yıl idi. Katılımcıların 86 (%35,7)'sı çalışmıyorken 155 (%64,3)'i çalışıyor ve/veya öğrenciydi.

Tablo 6: Çalışmaya Dahil Edilen Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s /n-%
Yaş		19.0 - 64.0	37.0	37.8 ± 10.7
Cinsiyet	Erkek			90 37.3%
	Kadın			151 62.7%
Toplam Öğrenim Yılı		1.0 - 24.0	12.0	11.8 ± 4.1
Öğrenim Düzeyi	Okur-Yazar			1 0.4%
	İlkokul			39 16.2%
	Ortaokul			29 12.0%
	Lise			75 31.1%
	Üniversite			87 36.1%
	Lisans Üstü			10 4.1%
Çalışma Durumu	Çalışıyor/Öğrenci			155 64.3%
	Çalışmıyor			86 35.7%
Medeni Durumu	Bekar			106 44.0%
	Evli			106 44.0%
	Dul/Boşanmış			29 12,0%
Birlikte Yaşadığı Kişi	Yalnız			14 5.8%
	Çekirdek Aile			209 86.7%
	Geniş Aile			13 5.4%
	Arkadaş			5 2.1%
Sosyal Güvence	Var			231 95.9%
	Yok			10 4.1%
Yaşadığı Yer	Kent			141 58.5%
	İlçe			96 39.8%
	Köy			4 1.7%

Min:minimum Mak:maksimum ort:ortalama s.s.:standard sapma n:katılımcı sayısı

Tablo 7: Çalışmaya Dahil Edilen Katılımcıların Klinik Özellikleri

		n	%
Sigara Eski		140	58.1%
Alkol Eski		68	28.2%
Madde Eski		4	1.7%
Sigara Şimdi		130	53.9%
Alkol Şimdi		56	23.2%
Madde Şimdi		1	0.4%
Genel Tıbbi Durum		73	30.3%
		168	69.7%
Genel Tıbbi Durum Tür	Tiroid Bezi Hastalığı	25	34.2%
	Diyabet	18	24.7%
	Hipertansiyon	17	23.3%
	Kalp Hastalığı	3	4.1%
	Böbrek	1	1.4%
	Diğer	33	45.2%
Soygeçmiş Öyküsü	Var	100	41.5%
	Yok	141	58.5%

n: katılımcı sayısı

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların sigara, alkol ve madde kullanımına dair ve genel tıbbi durumlarına dair klinik özellikleri Tablo 7’de verilmiştir. Katılımcıların 100 (41,5%)’ünde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var iken 141 (58,5%)’inde yoktu (Tablo 7).

Çalışmaya dahil edilen BPB-1 tanıli hastaların klinik özellikleri Tablo 8’de verilmiştir. Hastalık süresi $14,5 \pm 9,85$ yıl idi. Hastalık başlangıç yaşı $23,9 \pm 7,38$ idi. Toplam epizod sayısı $9,43 \pm 8,49$; manik epizod sayısı $3,05 \pm 2,79$; depresif epizod $5,11 \pm 5,94$; karma epizod $0,33 \pm 1,19$ ve hipomanik epizod sayısı $1,11 \pm 2,96$ idi. Hastaneye yatış sayısı $2,50 \pm 2,11$; EKT uygulanan yatış sayısı $1,69 \pm 1,47$; intihar girişimi sayısı $2,17 \pm 2,70$; BDÖ skoru $2,12 \pm 2,59$; YMDÖ skoru $0,68 \pm 1,57$ idi. İntihar düşüncesi ömür boyu ve geçen ay puanları sırasıyla $1,63 \pm 2,03$ ve $0,05 \pm 0,25$ idi. İntihar düşünce yoğunluğu ömür boyu ve geçen ay puanları sırasıyla $14,2 \pm 4,81$ ve $6,80 \pm 1,81$ idi (Tablo 8).

Tablo 8: Bipolar Bozukluk Tip-1 Tanılı Hastaların Klinik Özellikleri

	Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s
Hastalık Süresi (yıl)	1.00 - 44.00	14.00	14.5 ± 9.85
Hastalık Başlangıç Yaşı(yıl)	14.00 - 46.00	22.00	23.9 ± 7.38
Toplam Epizod Sayısı	1.00 - 48.00	7.00	9.43 ± 8.49
Manik Epizod	1.00 - 20.00	2.00	3.05 ± 2.79
Depresif Epizod	0.00 - 25.00	3.00	5.11 ± 5.94
Karma	0.00 - 10.00	0.00	0.33 ± 1.19
Hipomani	0.00 - 20.00	0.00	1.11 ± 2.96
Yatış Sayısı	1.00 - 11.00	2.00	2.50 ± 2.11
EKT Uygulanan Yatış Sayısı	1.00 - 8.00	1.00	1.69 ± 1.47
Total EKT Sayısı	1.00 - 60.00	7.00	12.11 ± 11.45
Suisid Sayı	1.00 - 20.00	1.00	2.17 ± 2.70
Beck Depresyon Skoru	0.00 - 8.00	0.00	2.12 ± 2.59
Young Mani	0.00 - 9.00	0.00	0.68 ± 1.57
İD			
Ömür Boyu	0.00 - 5.00	0.00	1.63 ± 2.03
Geçen Ay	0.00 - 2.00	0.00	0.05 ± 0.25
İDY			
Ömür Boyu	5.00 - 25.00	14.00	14.2 ± 4.81
Geçen Ay	4.00 - 10.00	6.50	6.80 ± 1.81

EKT: Elektro Konvulsif Terapi, İD: İntihar Düşüncesi, İDY: İntihar Düşünce Yoğunluğu
Min: minimum, Mak: maksimum, ort:ortalama, s.s.: standard sapma, n: katılımcı sayısı.

İntihar girişimi öyküsü olan, olmayan hastalar ve kontrol grubu arasında yaş dağılımı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan, olmayan hastalar ve kontrol grubu arasında toplam öğrenim yılı ve eğitim düzeyi dağılımı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan BPB-1 hastalarında çalışma oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,05$) (Şekil 1). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan BPB-1 hastaları arasında çalışma oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan BPB-1 hastalarında sosyal güvence varlığı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan BPB-1 hastaları arasında sosyal güvence oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan, olmayan hastalar ve kontrol grubu arasında medeni durum dağılımı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan, olmayan hastalar ve kontrol grubu arasında birlikte yaşadığı kişi dağılımı anlamlı

farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan, olmayan hastalar ve kontrol grubu arasında çocuk sayısı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 hastalarında kentte yaşama oranı intihar girişim öyküsü olan hastalar ve kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan hastalar ve kontrol grubu arasında kentte yaşama oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 9).



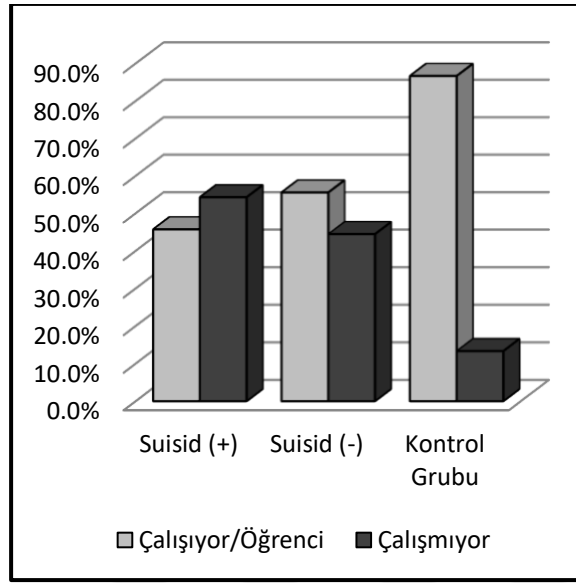
Tablo 9: Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

			Suisid (+)		Suisid (-)		Kontrol Grubu		p
Yaş		Ort.±ss	38.6 ± 10.5		38.3 ± 9.0		36.7 ± 12.2		0.439 ^K
		Medyan	39.5		39.0		36.5		
Cinsiyet	Erkek	n-%	19	27.1%	34	42.0%	37	41.1%	0.111 ^{X²}
	Kadın	n-%	51	72.9%	47	58.0%	53	58.9%	
Toplam Öğrenim Yılı		Ort.±ss	10.6 ± 4.3		11.9 ± 4.2		12.6 ± 3.8		0.056 ^K
		Medyan	12.0		11.0		12.0		
Öğrenim Düzeyi									
Okur-Yazar		n-%	1	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	0.060 ^{X²}
İlkokul		n-%	18	25.7%	15	18.5%	6	6.7%	
Ortaokul		n-%	11	15.7%	8	9.9%	10	11.1%	
Lise		n-%	20	28.6%	22	27.2%	33	36.7%	
Üniversite		n-%	18	25.7%	34	42.0%	35	38.9%	
Lisans Üstü		n-%	2	2.9%	2	2.5%	6	6.7%	
Çalışma Durumu									
Çalışıyor/Öğrenci		n-%	32	45.7%	45	55.6%	78	86.7%	0.000 ^{X²}
Çalışmıyor		n-%	38	54.3%	36	44.4%	12	13.3%	
Sosyal	Var	n-%	64	91.4%	77	95.1%	90	100%	0.024 ^{X²}
Güvence	Yok	n-%	6	8.6%	4	4.9%	0	0.0%	
Medeni Durumu									
Medeni Durumu	Bekar	n-%	29	41.4%	37	45.7%	40	44.4%	0.476 ^{X²}
	Evli	n-%	29	41.4%	34	42.0%	43	47.8%	
	Dul/Boşanmı	n-%	12	17.1%	10	12.3%	7	7.8%	
Birlikte Yaşadığı Kişi									
Yalnız		n-%	7	10.0%	4	4.9%	3	3.3%	0.186 ^{X²}
Çekirdek Aile		n-%	61	87.1%	73	90.1%	75	83.3%	
Geniş Aile		n-%	2	2.9%	4	4.9%	7	7.8%	
Arkadaş		n-%	0	0.0%	0	0.0%	5	5.6%	
Çocuk Sayısı	Yok	n-%	9	22.0%	10	23.8%	5	9.4%	0.176 ^{X²}
	I	n-%	13	31.7%	8	19.0%	12	22.6%	
	II	n-%	16	39.0%	15	35.7%	29	54.7%	
	III	n-%	2	4.9%	8	19.0%	7	13.2%	
	IV	n-%	1	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	
	VI	n-%	0	0.0%	1	2.4%	0	0.0%	
	Bilgi Yok	n-%	29		39		37		
Yaşadığı Yer	Kent	n-%	34	48.6%	59	72.8%	48	53.3%	0.005 ^{X²}
	İlçe	n-%	36	51.4%	21	25.9%	39	43.3%	
	Köy	n-%	0	0.0%	1	1.2%	3	3.3%	

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / ^{X²} Ki-kare test (Fischer test)

ort:ortalama, s.s.: standard sapma, n:katılımcı sayısı, Suisid(+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanımlı hasta, Suisid (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 tanımlı hasta.

Şekil 1: Grupların Çalışma Durumunun Karşılaştırılması



İntihar girişimi öyküsü olan, olmayan hastalar ve kontrol grubu arasında eskiden sigara kullanım oranı, eskiden madde kullanım oran, şimdi sigara içme oranı, şimdi madde kullanım oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 10).

İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalarda eskiden alkol kullanım oranı, şimdi alkol kullanım oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında eskiden alkol kullanım oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olmayan grupta şimdi alkol kullanım oranı intihar girişimi öyküsü olan gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$) (Şekil 2) (Tablo 10).

İntihar girişimi öyküsü olan, olmayan hastalar ve kontrol grubu arasında ek hastalık oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 10).

İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalarda soygeçmişte psikiyatrik hastalığı varlığı oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında soygeçmişte psikiyatrik hastalık varlığı oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 10) (Şekil 2).

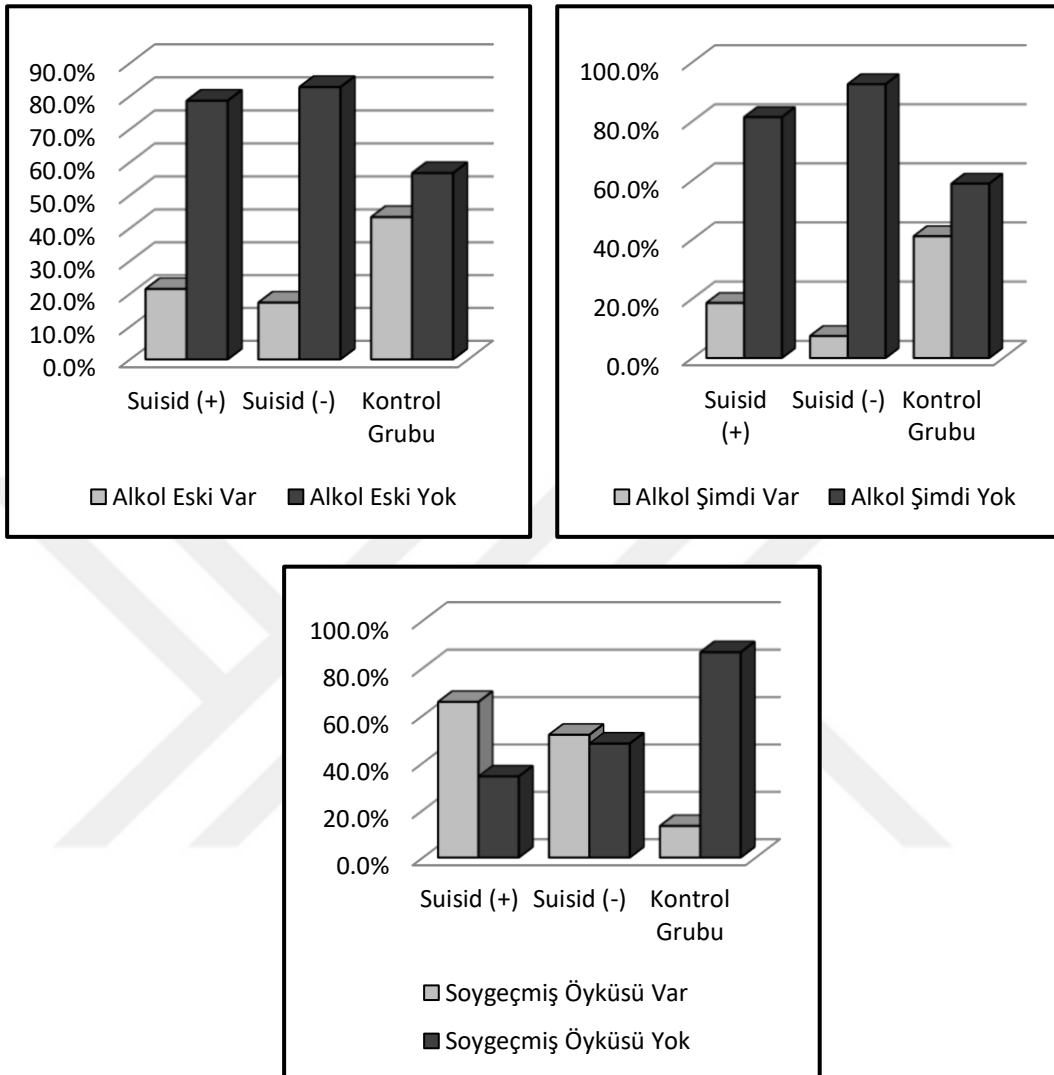
Tablo 10: Grupların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

			Suisid (+)		Suisid (-)		Kontrol Grubu		p
Sigara Eski	Var	n-%	46	65.7%	47	58.0%	47	52.2%	0.229 ^{X²}
	Yok	n-%	24	34.3%	34	42.0%	43	47.8%	
Alkol Eski	Var	n-%	15	21.4%	14	17.3%	39	43.3%	0.000 ^{X²}
	Yok	n-%	55	78.6%	67	82.7%	51	56.7%	
Madde Eski	Var	n-%	3	4.3%	1	1.2%	0	0.0%	p>0.05 ^{X²}
	Yok	n-%	67	95.7%	80	98.8%	90	100%	
Sigara Şimdi	Var	n-%	42	60.0%	45	55.6%	43	47.8%	0.287 ^{X²}
	Yok	n-%	28	40.0%	36	44.4%	47	52.2%	
Alkol Şimdi	Var	n-%	13	18.6%	6	7.4%	37	41.1%	0.000 ^{X²}
	Yok	n-%	57	81.4%	75	92.6%	53	58.9%	
Madde Şimdi	Var	n-%	1	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	p>0.05 ^{X²}
	Yok	n-%	69	98.6%	81	100%	90	100%	
Ek Hastalık	Var	n-%	28	40.0%	22	27.2%	23	25.6%	0.108 ^{X²}
	Yok	n-%	42	60.0%	59	72.8%	67	74.4%	
Ek Hastalık									
Tiroid Hormon Problemi		n-%	13	46.4%	8	36.4%	4	17.4%	
Diyabet		n-%	11	39.3%	5	22.7%	2	8.7%	
Hipertansiyon		n-%	6	21.4%	4	18.2%	7	30.4%	
Kalp Hastalığı		n-%	1	3.6%	0	0.0%	2	8.7%	
Böbrek		n-%	1	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	
Diğer		n-%	8	28.6%	11	50.0%	14	60.9%	
Soygeçmiş Öyküsü	Var	n-%	46	65.7%	42	51.9%	12	13.3%	0.000 ^{X²}
	Yok	n-%	24	34.3%	39	48.1%	78	86.7%	
1. Derece		n-%	36	78.3%	32	76.2%	10	83.3%	0.869 ^{X²}
2.Derece		n-%	19	41.3%	18	42.9%	5	41.7%	0.989 ^{X²}

^{X²} Ki-kare test (Fischer test)

n: katılımcı sayısı, ort:ortalama, s.s.: standard sapma, Suisid(+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanılı hasta, Suisid (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 tanılı hasta.

Şekil 2: Grupların Alkol Kullanımına ve Soygeçmişte Psikiyatrik Hastalık Varlığına Dair Klinik Özellikler



Suisid (+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanılı hasta, Suisid (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 tanılı hasta.

İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında hastalık süresi anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda hastalık başlangıç yaşı intihar girişimi öyküsü olmayan hastalardan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,05$) (Tablo 11) (Şekil 3).

İntihar girişimi öyküsü olan hasta grubunda ilk hastalık döneminin mani olma oranı intihar girişimi öyküsü olmayan hastalardan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda ilk hastalık döneminin karma özellikli olma oranı intihar girişimi öyküsü olmayan hastalardan anlamlı olarak daha

yüksekti ($p<0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında ilk hastalık dönemi depresif, hipomani oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 11) (Şekil 3).

İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında ortaya çıkarıcı olay oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 11).

İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda toplam epizod sayısı olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında manik epizod sayısı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda depresif epizod sayısı intihar girişimi öyküsü olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 11) (Şekil 3).

İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda karma epizod oranı intihar girişimi öyküsü olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan gruplar arasında hipomanik epizod oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında mevsimsellik oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan grupta hızlı döngülülük oranı intihar girişimi öyküsü olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 11) (Şekil 3).

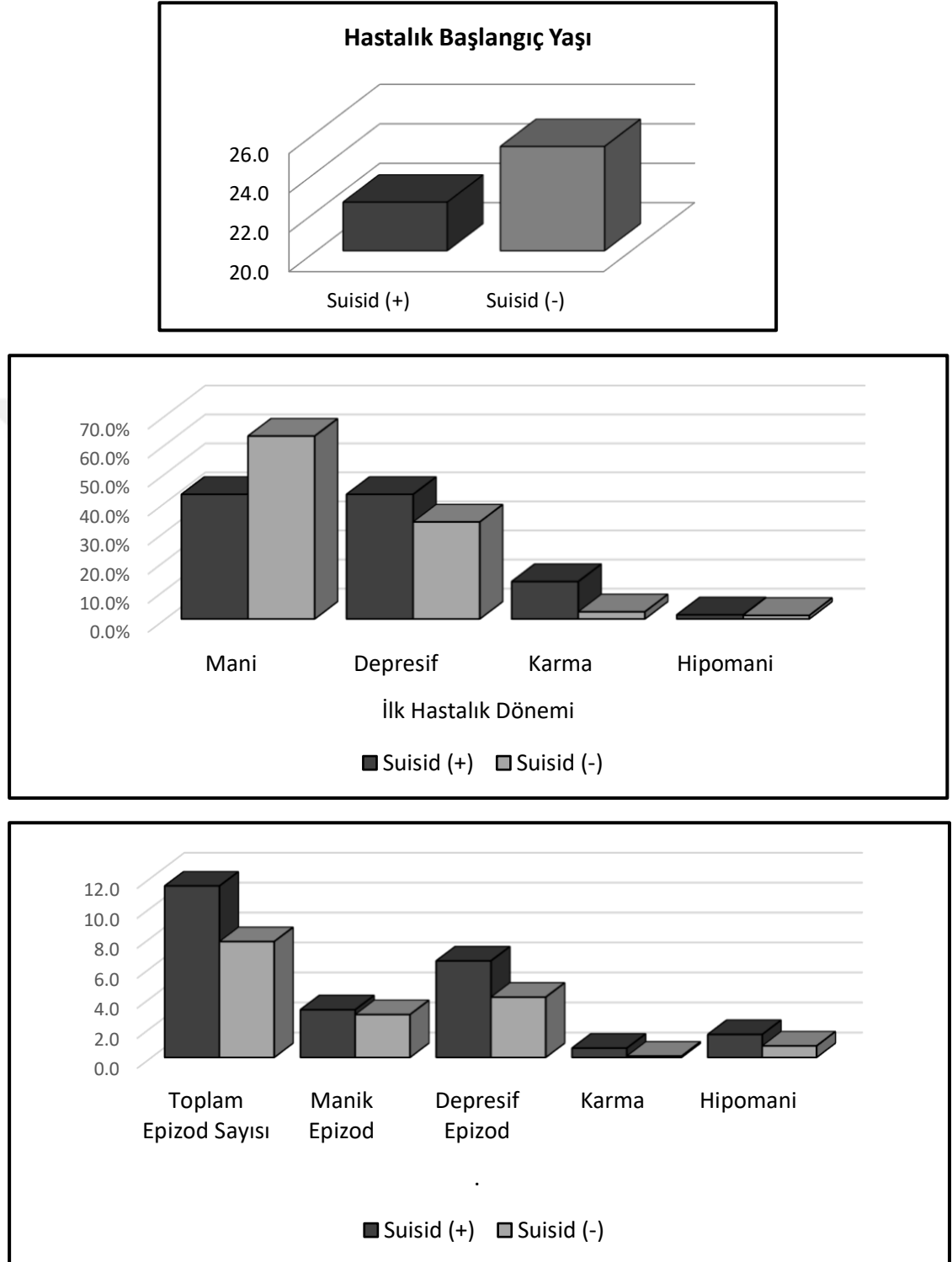
Tablo-11: İntihar Girişimi Öyküsü Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

			Suisid (+)		Suisid (-)		p
Hastalık Süresi		Ort.±ss	16.2 ± 10.5		13.1 ± 9.0		0.084 ^K
		Medyan	14.0		12.0		
Hastalık Başlangıç Yaşı		Ort.±ss	22.5 ± 6.5		25.3 ± 7.9		0.033 ^K
		Medyan	21.0		22.0		
İlk Hastalık Dönemi	Mani	n-%	30	42.9%	51	63.0%	0.013 ^{X²}
	Depresif	n-%	30	42.9%	27	33.3%	0.229 ^{X²}
	Karma	n-%	9	12.9%	2	2.5%	0.014 ^{X²}
	Hipomani	n-%	1	1.4%	1	1.2%	1.000 ^{X²}
Ortaya Çıkarıcı Olay	Var	n-%	37	52.9%	33	40.7%	0.137 ^{X²}
	Yok	n-%	33	47.1%	48	59.3%	
Toplam Epizod Sayısı		Ort.±ss	11.4 ± 10.4		7.7 ± 6.0		0.031 ^K
		Medyan	8.0		6.0		
Manik Epizod		Ort.±ss	3.2 ± 3.4		2.9 ± 2.4		0.868 ^K
		Medyan	2.0		2.0		
Depresif Epizod		Ort.±ss	6.4 ± 6.7		4.0 ± 5.0		0.017 ^K
		Medyan	4.0		2.0		
Karma		Ort.±ss	0.6 ± 1.7		0.1 ± 0.4		0.001 ^K
		Medyan	0.0		0.0		
Hipomani		Ort.±ss	1.5 ± 3.7		0.8 ± 2.1		0.347 ^K
		Medyan	0.0		0.0		
Mevsimsellik	Var	n-%	41	58.6%	40	49.4%	0.259 ^{X²}
	Yok	n-%	29	41.4%	41	50.6%	
Hızlı Döngülülük	Var	n-%	6	8.6%	1	1.2%	0.032 ^{X²}
	Yok	n-%	64	91.4%	80	98.8%	

^m Mann-whitney u test / ^{X²} Ki-kare test (Fischer test)

n: katılımcı sayısı, Suisid (+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanılı hasta, Suisid (-): İntihar girişimi olmayan BPB-1 tanılı hasta

Şekil 3: İntihar Girişimi Öyküsü Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Hastalarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması



Suisid (+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanıli hasta, Suisid (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 tanıli hasta.

İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında hastaneye yatış oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında yatış sayısı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 12).

İntihar girişimi öyküsü olan grupta işlevsellikte tam düzelme oranı intihar girişimi öyküsü olmayan gruptan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,05$) (Tablo 12) (Şekil 4).

İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında EKT oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında EKT uygulanan yatış sayısı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında toplam EKT sayısı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 12).

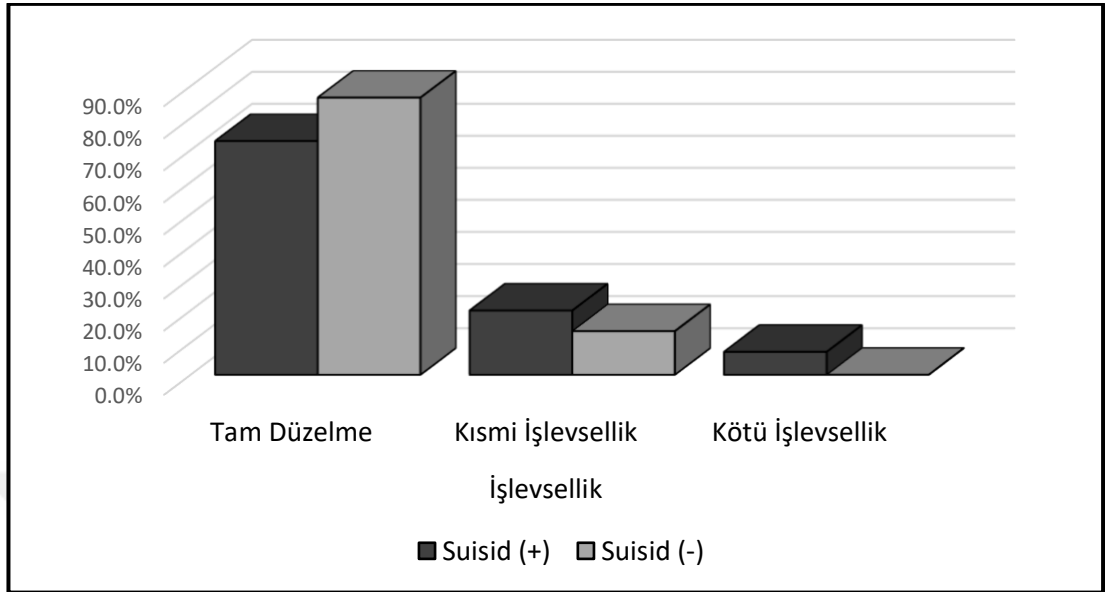
Tablo 12: İntihar Girişimi Öyküsü Olan ve Olmayan Hastaların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

			Suisid (+)		Suisid (-)		p
Yatış	Var	n-%	63	90.0%	64	79.0%	0.066 ^{x²}
	Yok	n-%	7	10.0%	17	21.0%	
Yatış Sayısı		Ort.±ss	2.5 ± 2.0		2.5 ± 2.2		0.522 ^K
		Medyan	2.0		2.0		
İşlevsellik	Tam Düzeltme	n-%	51	72.9%	70	86.4%	0.023 ^{x²}
	Kısmi İşlevsellik	n-%	14	20.0%	11	13.6%	
	Kötü İşlevsellik	n-%	5	7.1%	0	0.0%	
EKT	Var	n-%	19	30.2%	18	28.1%	0.801 ^{x²}
	Yok	n-%	44	69.8%	46	71.9%	
	Bilgi Yok	n-%	7		17		
EKT Uygulanan Yatış Sayısı		Ort.±ss	2.0 ± 1.8		1.4 ± 1.0		0.228 ^K
		Medyan	1.0		1.0		
Total EKT Sayısı		Ort.±ss	14.9 ± 13.7		9.3 ± 8.1		0.295 ^K
		Medyan	7.0		7.0		

^m Mann-whitney u test / ^{X²} Ki-kare test (Fischer test)

n: katılımcı sayısı, Suisid(+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanılı hasta; Suisid (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 tanılı hasta, ort: ortalama, s.s.: standard sapma, EKT: Elektro Konvulsif Terapi.

Şekil 4: İntihar Girişimi Öyküsü Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Hastalarının İşlevsellik Açısından Karşılaştırılması



Suisid (+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanıli hasta; Suisid (-): İntihar girişimi olmayan BPB-1 tanıli hasta

İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında psikotik özellikli atak oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan gruplar, kullanılan antipsikotik türlerinin klorpromazin eş değer dozları açısından anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan gruplar arasında, tek antipsikotik kullananların antipsikotik türü açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan gruplar arasında ikili antipsikotik kullananlarda 2. antipsikotik türü anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 13).

İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar lityum, valproik asit (VPA), okskarbazepin kullanım oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan grupta karbamazepin ve lamotrijin kullanım oranı, intihar girişimi öyküsü olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 14) (Şekil 5).

İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında antidepresan kullanım oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan gruplar arasında benzodiazepin kullanım oranı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 13: İntihar Girişimi Öyküsü Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların İlaç Kullanım ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

			Suisid (+)		Suisid (-)		p
Psikotik Özellik	Var	n-%	62	88,6%	72	88,9%	0,951 ^{x²}
	Yok	n-%	8	11,4%	9	11,1%	
Antipsikotik							
1.Doz		Ort.±ss	268 ± 176		293 ± 201		0,604 ^m
		Medyan	266		225		
2.Doz		Ort.±ss	271 ± 187		361 ± 232		0,155 ^m
		Medyan	200		266		
Antipsikotik	1. Kuşak	n-%	2	3,3%	4	5,9%	0,483 ^{x²}
	2. Kuşak	n-%	59	96,7%	64	94,1%	
	Bilgi Yok	n-%	9		13		
Antipsikotik Türü	Aripiprazol	n-%	23	37,7%	14	20,6%	
	Olanzapin	n-%	10	16,4%	19	27,9%	
	Risperidon	n-%	12	19,7%	15	22,1%	
	Ketiypin	n-%	10	16,4%	12	17,6%	
	Paliperidon	n-%	1	1,6%	3	4,4%	
	Klozapin	n-%	1	1,6%	2	2,9%	
	Haloperidol	n-%	0	0,0%	2	2,9%	
	Amisülpirid	n-%	2	3,3%	0	0,0%	
	Klorpromazin	n-%	2	3,3%	0	0,0%	
	Sülpirid	n-%	0	0,0%	1	1,5%	
Antipsikotik 2	1. Kuşak	n-%	2	7,7%	0	0,0%	1,000 ^{x²}
	1. Kuşak Uzun	n-%	0	0,0%	2	10,0%	
	2. Kuşak	n-%	23	88,5%	17	85,0%	
	2. Kuşak Uzun	n-%	1	3,8%	1	5,0%	
	Bilgi Yok	n-%	35		48		
Antipsikotik 2 Tür	Ketiypin	n-%	20	76,9%	14	70,0%	
	Aripiprazol	n-%	3	11,5%	3	15,0%	
	Klorpromazin	n-%	2	7,7%	0	0,0%	
	Zuklopentiksol	n-%	0	0,0%	2	10,0%	
	Risperdonlai	n-%	0	0,0%	1	5,0%	
	Aripiprazollai	n-%	1	3,8%	0	0,0%	

^m Mann-whitney u test / ^{x²} Ki-kare test (Fischer test)

Suisid (+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanılı hasta, Suisid (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 tanılı hasta, ort: ortalama, s.s.: standard sapma, n: katılımcı sayısı.1.doz: Antipsikotik 1'in klorpromazin eşdeğer dozu 2.doz: Antipsikotik 2'nin klorpromazin eşdeğer dozu

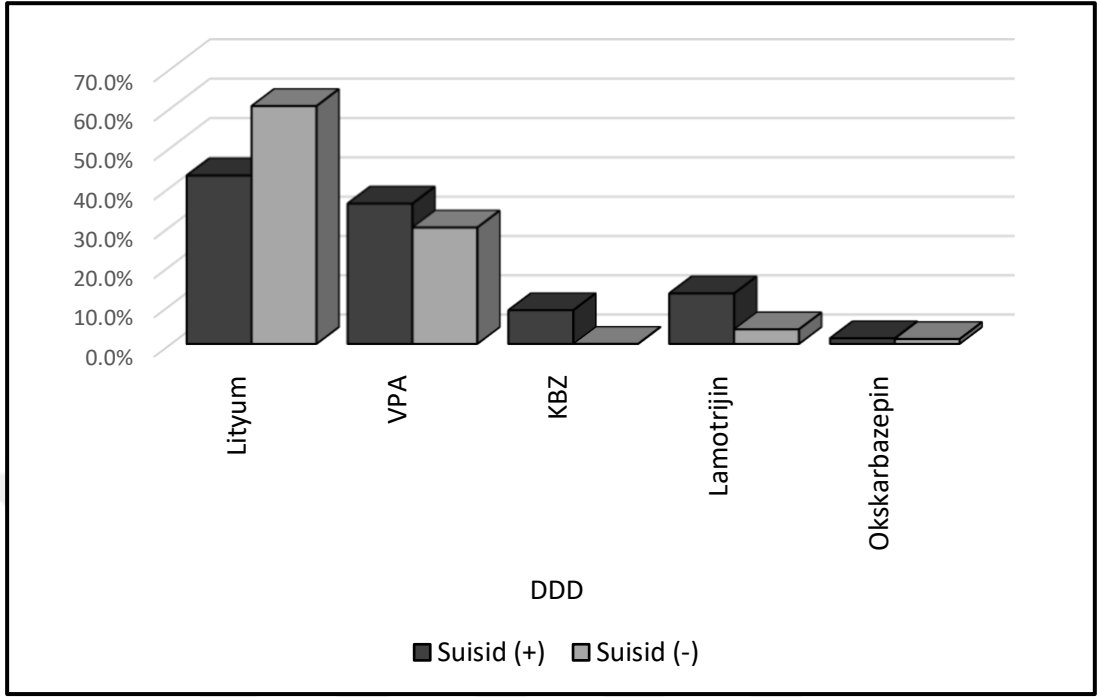
Tablo 14: İntihar Girişimi Öyküsü Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların İlaç Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

			Suisid (+)		Suisid (-)		p
DDD	Lityum	n-%	30	42,9%	49	60,5%	0,057 ^{x²}
	VPA	n-%	25	35,7%	24	29,6%	0,293 ^{x²}
	KBZ	n-%	6	8,6%	0	0,0%	0,006 ^{x²}
	Lamotrijin	n-%	9	12,9%	3	3,7%	0,029 ^{x²}
	Okskarbazepin	n-%	1	1,4%	1	1,2%	1,000 ^{x²}
Antidepresan	Var	n-%	8	11,4%	9	11,1%	0,951 ^{x²}
	Yok	n-%	62	88,6%	72	88,9%	
Antidepresan Türü	Sertralin	n-%	1	12,5%	2	22,2%	
	Venlafaksin	n-%	2	25,0%	1	11,1%	
	Bupropion	n-%	2	25,0%	1	11,1%	
	Fluoksetin	n-%	2	25,0%	1	11,1%	
	Essitalopram	n-%	0	0,0%	1	11,1%	
	Klomipramin	n-%	1	12,5%	0	0,0%	
	Vortioksetin	n-%	0	0,0%	1	11,1%	
	Paroksetin	n-%	0	0,0%	1	11,1%	
Benzodiazepin	Fluvoksamin	n-%	0	0,0%	1	11,1%	1,000 ^{x²}
	Yok	n-%	70	100%	81	100%	
	Var	n-%	0	0%	0	0%	

^{x²} Ki-kare test (Fischer test)

DDD: Duygudurum dengeleyici, VPA: Valproik Asit, KBZ: Karbamazepin, BDZ: Benzodiazepin
Suisid (+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanılı hasta, Suisid (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 tanılı hasta, ort: ortalama, s.s.: standard sapma, n: katılımcı sayısı.

Şekil 5: İntihar Girişimi Öyküsü Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Duygu Durum Dengeleyici Kullanım Özelliklerine Göre Karşılaştırılması



DDD: Duygudurum dengeleyici, VPA: Valproik Asit, KBZ: Karbamazepin, Suisid (+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanılı hasta, Suisid (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 tanılı hasta.

İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda son 1 aydaki intihar düşüncesi puanı, intihar girişimi öyküsü olmayan hastalardan ve kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). Kontrol grubu ve intihar girişimi öyküsü olmayan hastalar arasında son 1 aydaki intihar düşüncesi puanı anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 15).

İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda hem ömür boyu hem de son 1 ay için intihar düşünce yoğunluğu puanları intihar girişimi öyküsü olmayan hastalardan ve kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). İntihar girişimi öyküsü olmayan hastalarda hem ömür boyu hem de son 1 ay için intihar düşünce yoğunluğu puanı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 15).

İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalarda BDÖ skoru kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda BDÖ skoru intihar girişimi öyküsü olmayan hastalardan anlamlı olarak

daha yüksekti ($p<0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalarda YMDÖ skoru kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda YMDÖ skoru intihar girişimi öyküsü olmayan hastalardan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda ömür boyu intihar düşüncesi puanı, intihar girişimi öyküsü olmayan hastalardan ve kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). İntihar girişimi öyküsü olmayan hastalarda ömür boyu intihar düşüncesi puanı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15: Grupların Beck Depresyon, Young Mani, İntihar Düşüncesi ve İntihar Düşünce Yoğunluğu Puanlarının Karşılaştırılması

		Suisid (+)	Suisid (-)	Kontrol Grubu	p
Beck Depresyon Skoru	Ort.±ss	4.07 ± 2.72	2.00 ± 2.42	0.70 ± 1.41	0.000 ^K
	Medyan	4.00	1.00	0.00	
Young Mani	Ort.±ss	1.41 ± 2.07	0.80 ± 1.65	0.00 ± 0.00	0.000 ^K
	Medyan	1.00	0.00	0.00	
<i>İD</i>					
Ömür Boyu	Ort.±ss	4.56 ± 0.81	0.64 ± 0.90	0.26 ± 0.55	0.000 ^K
	Medyan	5.00	0.00	0.00	
Geçen Ay	Ort.±ss	0.17 ± 0.45	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.000 ^K
	Medyan	0.00	0.00	0.00	
<i>İDY</i>					
Ömür Boyu	Ort.±ss	17.03 ± 4.16	11.34 ± 2.51	8.89 ± 1.49	0.000 ^K
	Medyan	17.00	11.00	8.50	
Geçen Ay	Ort.±ss	6.80 ± 1.81	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.000 ^K
	Medyan	6.50	0.00	0.00	

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test)

Suisid (+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanılı hasta, Suisid (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 tanılı hasta, ort: ortalama, s.s.: standard sapma, İD: İntihar Düşüncesi, İDY: İntihar Düşünce Yoğunluğu.

Tablo 16: İntihar Girişimi Öyküsü Olan Hastaların Girişime Dair Özellikleri

	Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s /n-%
Gerçek Girişim Ömür Boyu	0.0 - 7.0	1.0	1.3 ± 1.3
Engellenen Girişim Ömür Boyu	0.0 - 5.0	0.0	0.5 ± 0.8
Durdurulan Girişim Ömür Boyu	0.0 - 10.0	0.0	0.4 ± 1.3
Depresyon			41 58.6%
Girişimde Mani			18 25.7%
Bulunulan Karma			8 11.4%
Epizod Türü Ötimi			2 2.9%
Hipomani			1 1.4%
Psikotik Var			34 48.6%
Özellik Yok			36 51.4%
İlaç Alma			39 55.7%
Yüksekten Atlama			20 28.6%
Kesici Alet			12 17.1%
Ası			4 5.7%
Ateşli Silah			1 1.4%
Diğer			10 14.3%
1. Epizod			34 48.6%
2. Epizod			5 7.1%
3. Epizod			3 4.3%
Diğer			28 40.0%

Min: minimum, Mak: maksimum, Ort.: ortalama, s.s: standart sapma, n: katılımcı sayısı.

İntihar girişimi öyküsü olan hastaların intihar girişimlerine dair özellikler yukarıda Tablo 16’da gösterilmiştir. Hastaların 41 (%58,6)’i depresyon, 18 (%25,7)’i mani, 8 (%11,4)’i karma, 2 (%2,9)’si ötimi, 1 (%1,4)’i ise hipomani döneminde intihar girişiminde bulunmuştur. Girişimde bulunulan dönemde hastaların 34 (%48,6)’ünde psikotik bulgu varken 36 (%51,4)’sında yoktur. Yöntem olarak 39 hasta (%55,7) ilaç alımını, 20 hasta (%28,6) yüksekten atlamayı, 12 hasta (%17,1) kesici alet kullanımını, 4 hasta (%5,7) asıyı, 1 hasta (%1,4) ise ateşli silah kullanımını tercih etmiştir. Girişimlerin %48,6’sı ilk epizodda, %7,1’i 2. epizodda, %4,3’ü 3. epizodda, %40’ı ise daha sonraki epizodlarda gerçekleşmiştir.

İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda ÇÇTÖ duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, cinsel istismar, toplam skoru intihar girişimi öyküsü olmayan hastalardan ve kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti

($p<0,05$). Kontrol grubu ve intihar girişimi öyküsü olmayan hastalar; ÇÇTÖ fiziksel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar skorları açısından anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olmayan hastalarda ÇÇTÖ duygusal istismar, duygusal ihmal ve toplam skoru kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 17) (Şekil 6).

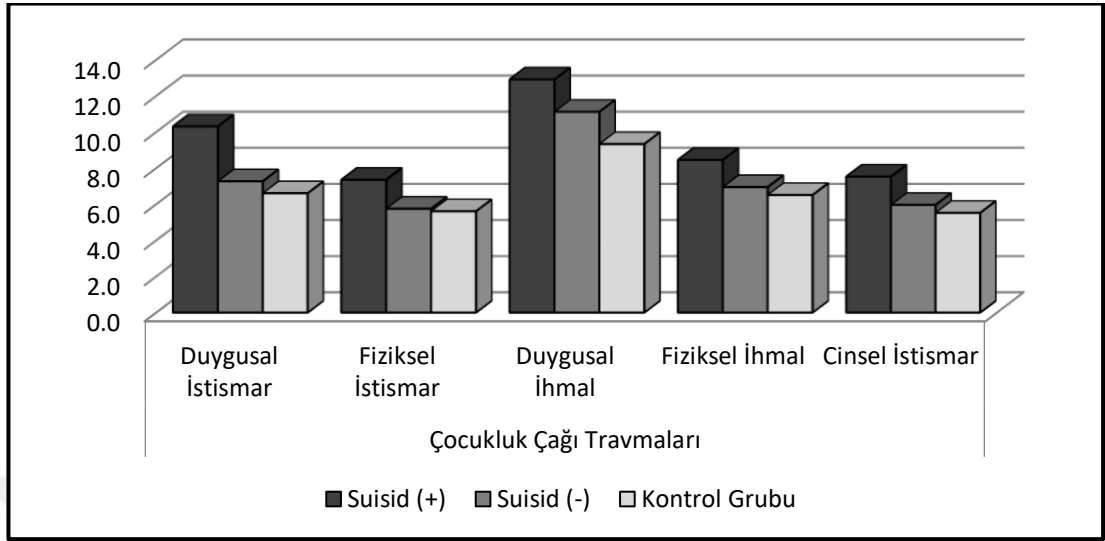
Tablo 17: Grupların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması

		Suisid (+)	Suisid (-)	Kontrol Grubu	p
<i>Çocukluk Çağı Travmaları</i>					
Duygusal İstismar	Ort.±ss	10.3 ± 5.7	7.3 ± 3.2	6.6 ± 2.7	0.000 ^K
	Medyan	9.0	6.0	5.5	
Fiziksel İstismar	Ort.±ss	7.4 ± 4.5	5.8 ± 1.6	5.6 ± 1.7	0.008 ^K
	Medyan	5.0	5.0	5.0	
Duygusal İhmal	Ort.±ss	12.9 ± 5.3	11.1 ± 4.6	9.3 ± 3.6	0.000 ^K
	Medyan	13.0	11.0	9.0	
Fiziksel İhmal	Ort.±ss	8.5 ± 3.4	7.0 ± 2.3	6.5 ± 2.3	0.000 ^K
	Medyan	8.0	6.0	6.0	
Cinsel İstismar	Ort.±ss	7.5 ± 5.1	6.0 ± 2.9	5.5 ± 2.1	0.002 ^K
	Medyan	5.0	5.0	5.0	
Toplam	Ort.±ss	46.6 ± 18.7	37.1 ± 11.4	33.6 ± 9.3	0.000 ^K
	Medyan	44.0	35.0	30.0	

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test)

Suisid (+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanılı hasta, Suisid (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 tanılı hasta, ort: ortalama, s.s.: standard sapma.

Şekil 6: Grupların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması



Suisid (+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanılı hasta, Suisid (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 tanılı hasta.

İntihar girişimi öyküsü olan, olmayan hastalar ve kontrol grubu arasında DDGÖ farkındalık skoru anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda DDGÖ açıklık, kabul etmeme, stratejiler, dürtü, amaçlar ve toplam skoru intihar girişimi öyküsü olmayan hastalardan ve kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). Kontrol grubu ve intihar girişimi öyküsü olmayan hastalar arasında DDGÖ açıklık, dürtü, amaçlar skoru anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olmayan grupta DDGÖ kabul etmeme, stratejiler, DDGÖ toplam skoru kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 18) (Şekil 7).

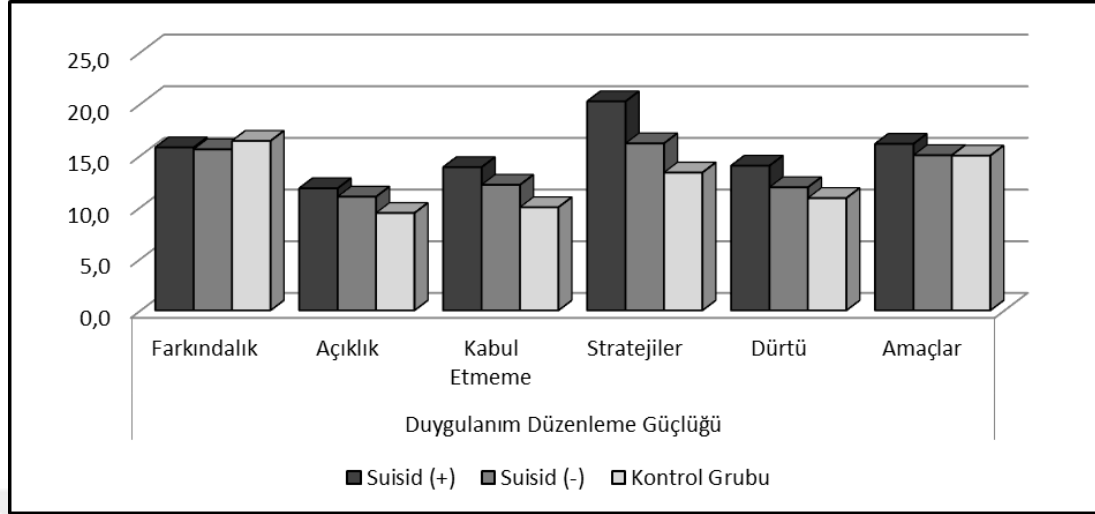
Tablo 18: Grupların Duygulanım Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması

		Suisid (+)	Suisid (-)	Kontrol Grubu	p
<i>Duygulanım Düzenleme Güçlüğü</i>					
Farkındalık	Ort.±ss	15.8 ± 3.5	15.6 ± 3.0	16.4 ± 2.8	0.137 ^K
	Medyan	16.0	15.0	16.0	
Açıklık	Ort.±ss	11.8 ± 4.7	11.0 ± 5.9	9.4 ± 3.0	0.005 ^K
	Medyan	11.0	10.0	9.0	
Kabul Etmeme	Ort.±ss	13.9 ± 6.1	12.1 ± 6.1	10.0 ± 3.2	0.000 ^K
	Medyan	12.5	11.0	9.0	
Stratejiler	Ort.±ss	20.2 ± 7.8	16.2 ± 6.0	13.3 ± 4.3	0.000 ^K
	Medyan	21.0	15.0	12.0	
Dürtü	Ort.±ss	14.0 ± 5.0	11.9 ± 4.2	10.9 ± 3.7	0.000 ^K
	Medyan	13.0	11.0	10.0	
Amaçlar	Ort.±ss	16.1 ± 2.6	15.0 ± 5.8	15.0 ± 2.1	0.001 ^K
	Medyan	16.0	14.0	15.0	
Toplam	Ort.±ss	91.8 ± 23.2	81.7 ± 20.0	74.6 ± 11.2	0.000 ^K
	Medyan	88.0	78.0	73.0	

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test)

Suisid (+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanılı hasta, Suisid (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 tanılı hasta, ort: ortalama, s.s.: standard sapma.

Şekil 7: Grupların Duygulanım Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması



Suisid (+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanıli hasta, Suisid (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 tanıli hasta.

İntihar girişimi öyküsü olan, olmayan hastalar ve kontrol grubu arasında PDÖ yapısal stil skoru, sosyal yeterlilik skoru, aile uyumu skoru anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalarda PDÖ kendilik algısı, gelecek algısı, sosyal kaynaklar, toplam skoru kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,05$). İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında PDÖ kendilik algısı, gelecek algısı, sosyal kaynaklar ve toplam skoru anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 19) (Şekil 8).

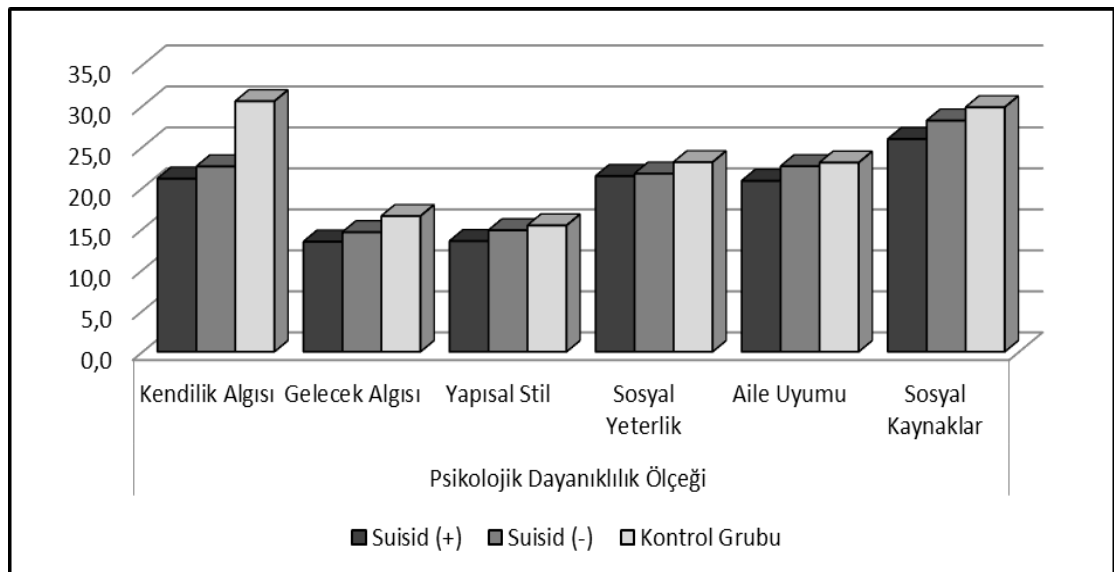
Tablo-19: Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması

		Suisid (+)	Suisid (-)	Kontrol Grubu	p
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği					
Kendilik Algısı	Ort.±ss	21.1 ± 5.7	22.6 ± 4.8	30.6 ± 54.0	0.000 ^K
	Medyan	21.5	23.0	25.5	
Gelecek Algısı	Ort.±ss	13.4 ± 4.7	14.6 ± 4.2	16.6 ± 3.8	0.000 ^K
	Medyan	14.0	15.0	17.0	
Yapısal Stil	Ort.±ss	13.5 ± 4.2	14.8 ± 3.2	15.4 ± 3.4	0.052 ^K
	Medyan	14.0	15.0	16.0	
Sosyal Yeterlik	Ort.±ss	21.4 ± 5.8	21.7 ± 5.4	23.1 ± 4.7	0.137 ^K
	Medyan	22.0	22.0	24.0	
Aile Uyum	Ort.±ss	20.8 ± 6.1	22.6 ± 4.7	23.1 ± 4.7	0.052 ^K
	Medyan	21.5	23.0	24.0	
Sosyal Kaynaklar	Ort.±ss	25.9 ± 6.4	28.2 ± 6.8	29.8 ± 4.5	0.000 ^K
	Medyan	26.0	28.0	31.0	
Toplam	Ort.±ss	115.3 ± 23.3	124.6 ± 18.5	132.8 ± 15.6	0.000 ^K
	Medyan	117.0	125.0	134.0	

^K Kruskal-wallis (Mann-whitney u test)

Suisid (+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanılı hasta, Suisid (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 tanılı hasta, ort: ortalama, s.s.: standard sapma.

Şekil 8: Grupların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması



Suisid (+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanılı hasta; Suisid (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 tanılı hasta.

Tablo 20: Bipolar Bozukluk Tip 1 Tanılı Hastalarda İntihar Girişimini Yordayan Faktörlerin Regresyon Analizi

	Tek Değişkenli Model			Çok Değişkenli Model		
	OR	%95 Güven Aralığı	p	OR	%95 Güven Aralığı	p
Öğrenim Düzeyi	0.760	0.581 - 0.994	0.045			
Hastalık	0.946	0.903 - 0.992	0.021			
Başlangıç Yaşı						
İlk Hastalık Dönemi	1.278	1.018 - 1.605	0.034			
Toplam Epizod Sayısı	1.059	1.013 - 1.106	0.011			
Depresif Epizod	1.074	1.013 - 1.139	0.016			
Karma	2.355	1.204 - 4.608	0.012			
İşlevsellik	2.470	1.199 - 5.087	0.014			
Çocukluk Çağı Travmaları						
Duygusal İstismar	1.175	1.075 - 1.284	0.000	1.156	1.052 - 1.270	0.003
Fiziksel İstismar	1.205	1.045 - 1.390	0.010			
Fiziksel İhmal	1.211	1.068 - 1.373	0.003			
Duygusal İhmal	1.078	1.008 - 1.153	0.029			
Cinsel İstismar	1.106	1.011 - 1.211	0.029			
Toplam	1.046	1.019 - 1.073	0.001			
Duygulanım Düzenleme Güçlüğü						
Stratejiler	1.090	1.036 - 1.146	0.001	1.081	1.025 - 1.141	0.004
Dürtü	1.105	1.027 - 1.189	0.008			
Toplam	1.022	1.006 - 1.039	0.006			

Lojistik Regresyon (Forward LR). OR: Odds Ratio

Tek değişkenli modelde intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hasta grubunu ayırmada öğrenim düzeyi, hastalık başlangıç yaşı, ilk hastalık dönemi, toplam epizod sayısı, depresif epizod sayısı, karma epizod sayısı, işlevsellik, ÇÇT duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar, toplam skoru, DDGÖ stratejiler, dürtü ve toplam skorunun anlamlı etkinliği gözlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 20).

Çok değişkenli indirgenmiş modelde intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hasta gruplarını ayırmada ÇÇTÖ duygusal istismar skoru ve DDGÖ stratejiler skoru anlamlı etkinliği gözlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 21).

İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda DDGÖ stratejiler ile intihar düşüncesi ömür boyu, intihar düşüncesi geçen ay, intihar düşüncesi yoğunluğu ömür boyu, gerçek girişim sayısı ömür boyu, durdurulan girişim ömür boyu arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 21).

İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda ÇÇTÖ duygusal istismar ile intihar düşüncesi geçen ay, intihar düşüncesi yoğunluğu ömür boyu, gerçek girişim sayısı ömür boyu arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21: İntihar Girişimi Öyküsü Olan Bipolar Bozukluk Tip 1 Tanılı Hastalarda DDGÖ Stratejiler, ÇÇTÖ Duygusal İstismar Puanlarının İntihar Ölçeği Puanlarıyla Korelasyonu

		İD Ömür Boyu	İD Geçen Ay	İDY Ömür Boyu	İDY Geçen Ay	Gerçek Girişim Ömür Boyu	Engellenen Girişim Ömür Boyu	Durdurulan Girişim Ömür Boyu
DDG Stratejiler	r	0.298	0.398	0.349	0.489	0.348	-0.059	0.255
	p	0.012	0.001	0.003	0.152	0.003	0.630	0.033
ÇÇT Duygusal İstismar	r	0.011	0.303	0.256	-0.168	0.290	-0.068	0.085
	p	0.926	0.011	0.033	0.642	0.015	0.577	0.486

Spearman Korelasyon Analizi.

ID: İntihar Düşüncesi, IDY: İntihar Düşünce Yoğunluğu.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada ayaktan psikiyatri ünitesine başvuran, BPB 1 tanılı hastalarda intihar girişiminin DDG, PD, ÇÇT ve BPB 1'in klinik özellikleriyle ilişkisi değerlendirilmiştir. Çalışmamıza intihar girişimi öyküsü olan 70 ve olmayan 81 DSM 5 tanı kriterlerine göre BPB 1 tanısı almış; son 6 aydır remisyonda olan; çalışmanın dahil etme ve dışlama kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hasta ile bu hastalarla yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından benzer özelliklere sahip olan 90 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Hastaların psikiyatrik hastalık tanılarının kesinleştirilmesinde ve sağlıklıların durumunun değerlendirilmesinde DSM-5 tanı ölçütleri ve SCID-5 kullanılmıştır. İntihar girişimi, düşünceleri ve düşünce yoğunluğunun değerlendirilmesinde Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ), DDG değerlendirilmesinde Duygulanım Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, ÇÇT değerlendirmede ÇÇTÖ, psikolojik dayanıklılıklarının değerlendirilmesinde PDÖ kullanılmıştır.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 hasta grubu, intihar girişimi olmayan BPB-1 hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubu yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve toplam öğrenim yılı açısından anlamlı bir fark göstermemiştir.

BPB'de intihar ve cinsiyet ilişkisi tartışmalıdır. Finseth ve ark. tarafından 140 BPB-1 66 BPB-2 tanılı hastanın dahil edildiği çalışmada intihar girişiminde bulunanların arasında cinsiyet farkının olmadığı ileri sürülmüştür (238). Bununla birlikte BPB'de intihar girişiminin kadınlarda daha sık görülürken, tamamlanmış intiharın erkeklerde daha sık görüldüğü de ifade edilmektedir (162,166). Bu durum,

özdeş olmayan örneklem gruplarının seçilmesiyle ilgili olabilir. Çalışmamızda da dahil edilen intihar girişimi öyküsü bulunan 70 hastadan 19 (%27,1)'u erkek, 51 (%72,9)'i kadındır. Finseth ve ark.'nın çalışmasında da 93 intihar girişiminde bulunan hastanın 56'sı (%60,2) kadın iken 37'si (%39,8) erkek olup çalışmamızla kadın ağırlıklı örneklemelerde gerçekleştirilmiş olması yönüyle benzerlik göstermektedir. Bu cinsiyetin BPB hastalarında intihar girişiminin üzerine etkisini belirlemeyi güçleştirmektedir.

Literatürdeki çalışmalarda BPB'de medeni durum ve çocuk sahibi olma ile intihar riski arasındaki ilişkiye dair farklı görüşler öne sürülmüştür. Ruengorn ve ark. tarafından yapılan çalışmada intihar girişiminde bulunan BPB hastalarının çoğunlukla bekar ve çocuksuz olduğu saptanmıştır (239). Bununla birlikte çalışmamızda gruplar arasında medeni durum ve çocuk sayısı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Galfalvy ve ark. yaptıkları çalışmada BPB'de medeni durum ile intihar riski arasında çalışmamızla benzer şekilde anlamlı bir ilişki bulmamışlardır (240). Oquendo ve ark. tarafından yapılan çalışmada da BPB'de çocuk sahibi olmanın intihardan koruduğuna dair bir kanıt bulunamamıştır (241). Finseth ve ark. ise çalışmalarında intihar girişiminde bulunan BPB tanılı hastaların çocuk sahibi olma oranının daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir ve bunu hastaların depresif dönemlerinde aile tarafından iyi olmaları gerekliliğine yönelik baskının daha fazla oluşuyla bağlantılı olabileceğini ileri sürmüşlerdir (238). Çalışmamızda intihar girişimi olan ve olmayan BPB-1 hastalarında çocuk sayısı açısından anlamlı farklılık saptanmadığı göz önüne alınırsa daha geniş örnekleme sahip çalışmalarda bu ilişkinin araştırılmasına ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

BPB'de hastaların genel topluma göre daha düşük çalışma oranı ve daha kötü işlevsellik gösterdiği bilinmektedir (242). Çalışmamızda bu bilgiyle uyumlu olarak her iki hasta grubunun da sağlıklı kontrollere göre daha düşük çalışma oranına ve daha düşük oranda sosyal güvenceye sahip olduğu saptanmıştır. İntihar girişiminin BPB'de daha kötü yaşam kalitesi ve işlevsellik ile ilişkili olduğu da gösterilmiştir (243). Çalışmamızda ise intihar girişimi olan ve olmayan BPB-1 tanılı hastalar arasında çalışma oranı ve sosyal güvence açısından anlamlı bir farklılık saptanmamakla birlikte; epizodlar arasındaki işlevsellik değerlendirildiğinde intihar girişimi öyküsü olan hastaların olmayanlara göre daha düşük oranda tam düzelme gösterdiği

bulunmuştur. Gilbert ve ark.'nın BPB'de işlevselliği etkileyen faktörlerin araştırıldığı gözden geçirme çalışmalarında özellikle depresif epizodların işlevselliğin bozulmasında önemli olabileceği ileri sürülmüştür (242). Çalışmamızda da intihar girişimi olanlarda olmayanlara göre literatürle uyumlu olarak depresif epizodlar daha fazla idi.

BPB hastalarının birinci derece yakınlarında majör psikiyatrik hastalık görülme oranının daha fazla olduğu bilinmektedir (244). Bu bilgiyle uyumlu olarak çalışmamızda sağlıklı kontrollerde ailede psikiyatrik hastalık bulunma oranı hasta gruplarına göre daha düşük bulunmuştur. Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık oranı; intihar girişimi öyküsü olan BPB-1 hastalarında %51,4; intihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 hastalarında %39,5; kontrol grubunda ise %11,1 saptanmıştır. Bulgularımızla uyumlu olarak geçmişteki çalışmalarda, ailede herhangi bir psikiyatrik hastalık bulunmasının intihar riskini artırdığı gösterilmiştir (245).

Çalışmamızda ek tıbbi hastalık varlığı intihar girişimi öyküsü olan BPB-1, intihar girişimi olmayan BPB-1 ve sağlıklı kontrol grupları için sırasıyla %40, %27,2 ve %25,6 bulunmuştur ancak gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürdeki çalışmalarda ise BPB tanılı hastaların daha yüksek oranda ek tıbbi hastalığa sahip olduğu gösterilmiştir (86). Bu farklılığın hastanemizin bir dal hastanesi olmasından ve majör ek tıbbi hastalığı olan BPB tanılı hastaların multi-disipliner hastanelerde takip edilmesiyle ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Çeşitli çalışmalarda BPB hastalarında sigara içme oranının genel topluma göre daha yüksek olduğu, sigara içen BPB hastalarının da içmeyenlere göre daha fazla intihar riskine sahip olduğu gösterilmiştir (246-248). Bizim çalışmamızda ise intihar girişimi öyküsü olan BPB, intihar girişimi öyküsü olmayan BPB ve sağlık kontrol grupları arasında sigara tüketimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu farklılık çalışmamızdaki örneklemin küçük olmasıyla ilişkili olabilir.

5.2. İNTİHAR DÜŞÜNCESİNE DAİR ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

BPB hastalarının intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar açısından genel topluma göre belirgin şekilde daha yüksek risk altında olduğu bilinmektedir.

DSÖ tarafından yapılan anketlerde genel toplumda son 1 yıl içerisindeki intihar düşüncesi prevalansı yüksek gelirli ülkeler için %2,0; düşük gelirli ülkeler için ise %2,1 saptanmıştır (249). BPB hastaları için ise intihar düşüncesinin yıllık prevalansının %43 civarında olduğu düşünülmektedir (250). Finlandiya’da yapılan bir çalışmada BPB hastalarının %33,8’inin yaşam boyu en az bir kez intihar düşüncesi olduğu ancak daha önce bir intihar girişiminde bulunmadığı, %44,6’sının ise yaşam boyu en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır (251).

Literatürde çalışmalar arasında farklı sonuçlar bulunsa da çoğunlukla BPB’de intihar düşüncesinin gelecekte intihar girişimi gerçekleşmesi açısından bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir (240,252). Angst ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, BPB hastalarında intihar düşüncesinin tamamlanmış intiharı öngördüğü bulunmuştur (3).

Bu bilgilerle uyumlu olarak çalışmamızda intihar girişimi öyküsü bulunan BPB grubunda hem yaşam boyu hem de son 1 ay için intihar düşüncesi varlığı ve intihar düşüncesi şiddeti, intihar girişimi öyküsü olmayan BPB grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Her iki grupta intihar düşüncesi varlığı ve şiddeti sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazladır.

Mevcut bulgular ile geçmişte intihar düşüncesi bulunan BPB tanılı hastaların klinik takibinde intihar riski açısından dikkatli olunması gerektiği söylenebilir.

5.3. İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜ OLAN VE OLMAYAN HASTA GRUPLARININ KLİNİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

BPB’de hastalık başlangıcının erken yaşta olması artmış intihar riski ile ilişkili bulunmuştur (150,166,253). Bu bilgilerle uyumlu olarak çalışmamızda intihar girişimi öyküsü olan grupta hastalık başlangıç yaşı, olmayan gruba göre anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır.

Bazı çalışmalarda BPB’de hastalık süresi arttıkça intihar riskinin de arttığı öne sürülürken, bazı çalışmalarda intihar girişiminde bulunan BPB hastalarının daha kısa hastalık süresine sahip olduğu bulunmuştur (252,254). Çalışmamızda intihar girişim öyküsü olan ve olmayan gruplar arasında hastalık süresi açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmalar arasındaki farklılığı örneklem büyüklüğü, ilk hastalık dönemlerinin farklı olması gibi hastalık özelliklerinin farklı olması da açıklayabilir.

İlk hastalık dönemi depresyon olan BPB tanılı hastaların, ilk hastalık dönemi mani olanlara göre yaşam boyu intihara yatkınlığının daha yüksek olduğu düşünülmektedir (255). Çalışmamızda da bu bilgilerle uyumlu olarak intihar girişimi olmayan grupta ilk epizodun mani olması daha sık saptanmıştır. İntihar girişimi öyküsü olan grupta ilk epizodun depresyon ve karma özellikli olma oranı, girişimi bulunmayan gruba göre daha yüksektir. İlk epizodun depresyon olmasının BPB tanısı almayı geciktirerek intihar riskini artırdığı düşünülmüştür (256).

Çalışmamızda geçirilen toplam epizod sayıları intihar girişimi öyküsü olan grupta, intihar girişimi öyküsü olmayan gruba göre belirgin şekilde daha yüksek saptanmıştır. Hastalık dönemlerinin dağılımı açısından depresyon dönemi daha baskın olan hastalarda intihar riskinin daha fazla olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (6,257). Bulgularımıza göre de toplam mani dönemi sayıları gruplar arasında benzer olsa da, intihar girişimi olan grupta depresif ve karma dönem sayıları intihar girişimi olmayan gruba göre anlamlı derecede daha fazladır.

Literatürde tüm BPB hastalarında bir yıllık hızlı döngülülük prevalansının %5-%33,3 arasında değiştiği belirtilmiştir (258). Çeşitli çalışmalarda hızlı döngülü BPB

hastalarının olmayanlara göre %54'e kadar daha fazla intihar riskine sahip olduğu ve intihar girişimlerinde ölümcüllüğün daha yüksek olduğu gösterilmiştir (79,150,259). Çalışmamızda da bu bilgilerle uyumlu olarak hızlı döngülülük sıklığı intihar girişimi olan grupta %8,6 intihar grubu olmayan grupta ise %1,2 saptanmıştır. Bulgularımız hızlı döngülülüğün BPB'de intihar girişimi için bir risk faktörü olduğunu desteklemektedir.

Çalışmamızda hasta grupları arasında hastane yatışı varlığı ve toplam yatış sayısı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında BPB'de intihar girişimi öyküsünün varlığının, artmış sayıda hastane yatışı ile ilişkili olduğu görülmektedir (254,260). Çalışmalar arasındaki farklılık örneklem büyüklüklerinin farklı olmasıyla ilişkili olabilir.

Verilerimizde EKT öyküsü varlığı, EKT uygulanan yatış sayısı ve uygulanan toplam EKT sayısı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. BPB'de EKT yüksek intihar riski olan veya tedaviye dirençli hastalar gibi birçok durumda kullanılmaktadır (261). Hastanemiz bir dal hastanesi olduğu için genel olarak daha şiddetli klinik seyir gösteren hastalar tarafımıza başvurmaktadır. EKT açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmamasının bununla ilişkili olduğu düşünülebilir.

BPB'de hastalık dönemleri sırasında psikotik bulguların varlığı ile intihar riski arasındaki ilişki konusunda literatürde farklı bulgular mevcuttur. Bir çalışmada psikotik bulguları olan BPB hastalarının daha düşük intihar riskine sahip olduğu bulunmuştur (241). Johnson ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise psikotik bulgular ile intihar riski arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (168). Çalışmamızda da intihar girişimi olan ve olmayan hasta grupları arasında psikotik bulgu varlığı açısından anlamlı fark saptamadığı göz önünde bulundurulursa bu konuda yapılmış daha geniş örneklemli çalışmalara gereksinim olduğu söylenebilir.

BPB'de kullanılan duygudurum dengeleyici (DDD) ilaçlardan lityum (Li) ve valproik asit (VPA) genellikle ilk tercih edilen ilaçlar olmaktadır (250,262). Tekli tedavilerin yeterli olmadığı durumlarda ise Li+VPA, Li+karbamazepin (KBZ), Li+lamotrijin (LMJ) kombinasyonları gibi çoklu DDD tedavileri ve ek antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Li'nin BPB'de intiharı önlemek açısından diğer ilaçlara göre

daha etkili olduğu bilinmektedir. LMJ ise BPB'nin özellikle depresyon dönemlerinde etkili olduğu bilinen ve birçok tedavi kılavuzu tarafından bu dönemde kullanımı önerilen bir ilaçtır (250,262).

Çalışmamızda intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hasta grupları arasında Li, VPA ve okskarbazepin kullanımı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. LMJ ve KBZ kullanımı ise intihar girişimi öyküsü bulunan grupta anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bunun LMJ ve KBZ'nin genellikle dirençli ve kötü klinik seyre sahip hastalarda diğer DDD ilaçlarla birlikte kombinasyon şeklinde kullanılmasıyla ilişkili olduğu düşünülebilir. BPB'de depresyon dönemi sayısı fazla olan hastaların daha fazla intihar girişiminde bulunduğu bilinmektedir. LMJ kullanımının intihar girişimi öyküsü bulunan grupta daha fazla olmasının sebebi, bu ilacın BPB depresyon dönemlerinde daha fazla tercih edilmesi de olabilir.

Geçmişteki bazı çalışmalarda antidepresan kullanımı olan BPB hastalarının, kullanmayanlara göre daha fazla intihar riski altında olduğu bulunmuştur (263). Ancak artmış intihar riskine sebep olabilecek depresif şikayetlerin de antidepresan ilaç kullanımına sebep olabileceği, bu ilişkideki nedenselliği tanımlama konusunda yöntemsel sorunlar olduğu öne sürülmüştür (264). Farklı çalışmalarda ise BPB'de antidepresan kullanımının artmış bir intihar eğilimine sebep olmadığı gösterilmiştir (265). Çalışmamızda da bu bulgularla uyumlu olarak intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan BPB hasta grupları arasında antidepresan kullanımı açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

5.4. İNTİHAR GİRİŞİMİNE DAİR ÖZELLİKLER

Majör depresif dönem BPB’de intihar riskinin en çok arttığı dönemdir, bunu karma dönemler ve riskin en az olduğu manik dönemler izler (155). BPB’de tamamlanmış veya girişimde bulunulmuş intiharların %80 civarında pür veya karma özellikli depresyon dönemlerinde, %11-20’sinin karma veya disforik mani dönemlerinde, %7’sinden azının öforik mani veya ötimi dönemlerinde gerçekleştiği bildirilmiştir (7,266).

Çalışmamızda BPB hastalarının intihar girişimlerinin %58,6’sının depresyon döneminde, %25,7’inin mani döneminde, %11,4’ünün karma dönemde, %2,9’unun ötimi döneminde ve %1,4’ünün hipomani döneminde gerçekleştiği bulunmuştur. Çalışmamıza sadece BPB-1 tanılı hastalar alınmış, manik dönemlerin görülmemesi ve depresyon dönemlerinin baskın görülmesi ile karakterize olan BPB-2 tanılı hastalar dahil edilmemiştir. İntihar girişiminde bulunan dönemler açısından çalışmamızda görülen farklılıklar, hasta grubunun BPB-1 tanılı hastalardan oluşmasından kaynaklanmış olabilir.

BPB’de intihar girişimlerinin genellikle hastalığın erken dönemlerinde gerçekleştiği bildirilmiştir (7,154). Çalışmamızda da literatür bilgisiyle uyumlu olarak girişimlerin %48,6’sının ilk, %7,1’inin ikinci, %4,3’ünün ise üçüncü epizodda gerçekleştiği bulunmuştur.

Rosso ve ark. BPB hastalarındaki intihar girişim yöntemlerini araştırdıkları çalışmalarında, intihar yöntemlerini şiddet içeren (ası, ateşli silah, yüksekten atlama, kesici alet kullanımı) ve şiddet içermeyen (aşırı doz ilaç alımı) olmak üzere iki gruba ayırmışlardır (267). Bu çalışmadaki hastalar %30,6 oranında şiddet içeren yöntemlerden birini tercih ederken, %69,4 oranında aşırı dozda ilaç alımını tercih etmişlerdir.

Çalışmamızdaki hastalar tarafından tercih edilen intihar girişim yöntemlerine bakıldığında %55,7’lik bir oran ile aşırı dozda ilaç almanın ilk sırada yer aldığı, bunu %28,6 oranla yüksekten atlama ve %17,1 oranla kesici alet kullanımının takip ettiği görülmektedir. Ası ve ateşli silah kullanımı gibi öldürücülüğü daha yüksek yöntemler ise daha düşük oranda gözlenmiştir. Çalışmamıza sadece BPB-1 tanılı hastaların dahil

edilmesi farklı sonuçlar alınmasına sebep olmuş olabilir ancak tercih edilen intihar yöntemleri açısından bulgularımızın literatür ile büyük ölçüde uyduğu söylenebilir.

5.5. GRUPLARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

ÇÇT'nin BPB ve diğer birçok psikiyatrik hastalığı tetikleyebildiği, klinik görünümü ve hastalığın seyrini olumsuz yönde etkileyebildiği bilinmektedir. BPB hastalarında ÇÇT %45-74 gibi yüksek oranlarda bildirilmiştir (20,180-183,268). BPB'de ÇÇT'nin artmış intihar riski ve kötü işlevsellik ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (11,169,269).

Agnew-Blais ve Danese yaptıkları sistematik inceleme çalışmasında BPB'de ÇÇT bulunmasının daha erken hastalık başlangıcı, daha fazla ve daha şiddetli mani ve depresyon epizodları, daha şiddetli psikotik bulgular, daha yüksek oranda hızlı döngülülük, daha fazla psikiyatrik ek tanı (travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve alkol-madde kullanım bozuklukları) ve daha yüksek intihar girişimi oranı ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (191).

Carr ve ark. tarafından yapılan bir inceleme çalışmasında ÇÇT alt tiplerinden fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve duygusal ihmalin duygudurum bozuklukları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Fiziksel ihmal ile duygudurum bozuklukları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (10). Marshall ve ark. tarafından yapılan çalışmada BPB hastalarında en sık rastlanılan ÇÇT alt tipi %56 ile duygusal ihmal olmuş, bunu %48 ile duygusal istismar izlemiştir. Fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar ise sırasıyla %41, %26 ve %33'lük oranlar ile daha seyrek görülmüştür (Marshall). Çıtak ve Erten tarafından yapılan çalışmada da BPB hastalarında ÇÇT alt tipleri sıklıklarına göre fiziksel ihmal (%50), duygusal ihmal (%40,9), duygusal istismar (%40), cinsel istismar (%28,2) ve fiziksel istismar (%28,2) şeklinde sıralanmıştır (20).

Xie ve ark. yaptıkları çalışmada depresyon hastaları, şizofreni hastaları, BPB hastaları ve sağlıklı kontroller olmak üzere 4 grupta ÇÇT prevalansını ve ÇÇT'nin intihar düşüncesi ile ilişkisi araştırmışlardır. Bu gruplar içerisinde en az bir ÇÇT

bulunma oranı en yüksek olan grup %61,8 ile BPB olmuştur. Ek olarak BPB hastalarında hem bütün ÇÇT alt tipleri ile hem de toplam ÇÇT alt tipi sayısı ile intihar düşüncesi arasında korelasyon saptanmıştır (270).

Vieira ve ark. BPB ve eşik altı BPB tanılı hastalar ile sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları çalışmalarında cinsel istismar dışındaki tüm ÇÇT alt tiplerinin BPB ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir (271). Çalışmamızın, intihar grubu olmayan BPB ile sağlık kontrol grupları arasında cinsel istismar alt ölçek puanlarında fark görülmemesi açısından bu çalışmayla benzerlik gösterdiği söylenebilir. Aynı çalışmada eşik altı BPB tanılı hastalar ile BPB tanılı hastalar karşılaştırıldığında, ÇÇT alt tiplerinden sadece duygusal istismarın BPB grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (271).

Leboyer ve ark. tarafından ötimi dönemindeki 206 BPB tanılı hasta ve 94 sağlıklı kontrolün dahil edilerek yapılan çalışmada; ÇÇTÖ toplam puanlarının BPB grubunda belirgin olarak daha yüksek olmasına rağmen, ÇÇT alt tiplerinden sadece duygusal istismarın BPB grubunda sağlıklı kontrole göre daha sık bildirildiği bulunmuştur. ÇÇTÖ toplam skoru ile erken hastalık başlangıcı arasında ilişki olduğu, bu ilişkinin özellikle cinsel istismar ve duygusal istismar açısından daha belirgin olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada yüksek ÇÇTÖ puanlarının intihar davranışı ile ilişkili olduğu, intihar girişimi öyküsü bulunan hastaların daha yüksek oranda duygusal ve cinsel istismar bildirdiği görülmüştür (272).

BPB-1 ve BPB-2 tanılı hastalar ve sağlıklı kontrollerden oluşan 3 farklı grubun karşılaştırıldığı bir çalışmada ÇÇTÖ toplam puanı ve duygusal istismar varlığı BPB-1 ve BPB-2 gruplarında sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla saptanmıştır. Cinsel istismarın daha önce intihar girişimi olan BPB-1 hastalarında daha şiddetli olduğu görülmüştür. Çok değişkenli regresyon analizindeyse ÇÇT alt tiplerinden sadece duygusal istismarın yaşam boyu intihar girişimini öngörebileceği bulunmuştur (273).

Bulgularımızda bahsedilen çalışmalarla uyumlu olarak intihar girişimi öyküsü bulunan BPB grubunda ÇÇTÖ toplam puanı ve tüm alt ölçek puanları (duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, cinsel istismar) hem intihar girişimi öyküsü bulunmayan BPB grubuna hem de sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır. Janiri ve ark.'nın çalışmasına benzer olarak

duygusal istismarın BPB-1 hastalarında intihar girişimi açısından belirleyici olduğu tespit edilmiştir. Duygusal istismarın yaşam boyu intihar düşüncesi şiddeti ve intihar girişimi ile anlamlı pozitif korele olduğu görülmüştür. Bulgularımız intihar açısından fazlaca risk altında olan BPB hasta grubunda ÇÇT'nin intihar riski açısından büyük bir rolünün olduğunu göstermektedir.

5.6. GRUPLARIN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

BPB hastalarının sağlıklı insanlara göre daha düşük PD seviyelerine sahip olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (15,18,204,205,274). Benzer şekilde çalışmamızda intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan BPB-1 hasta gruplarında yapısal stil skoru, sosyal yeterlilik skoru, aile uyumu ve PDÖ toplam dışındaki tüm PDÖ puanlarının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte intihar girişimi olan ve olmayan hastalar arasında PD açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

BPB hastalarındaki intihar girişimi öyküsünün PD ile ilişkili olup olmadığına dair literatürdeki çalışmalarda farklı görüşler mevcuttur. Liu ve ark. genel toplum üzerinde yaptıkları 4 yıllık gözlem çalışması sonucunda PD'nin intihardan doğrudan koruyucu bir etkisi olmadığını öne sürmüşlerdir (275).

Choi ve ark. tarafından yapılan bir araştırmada BPB-1, BPB-2 ve tanımlanmamış BPB tanılı hastalardan oluşan bir grup ile sağlıklı kontroller PD ve dürtüsellik açısından karşılaştırılmıştır (205). Hasta grubunun sağlıklı kontrol grubuna belirgin şekilde daha düşük PD ve daha yüksek dürtüsellik gösterdiği görülmüştür. Aynı çalışmada BPB hastalarında düşük PD daha fazla sayıda depresif epizod ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Lee ve ark. 69 BPB tanılı hasta ile sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları çalışmalarında PD'nin yaşam kalitesi ile belirgin şekilde korelasyon gösterdiği bulunmuştur (18). Bahsedilen iki çalışmada da intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan BPB hastaları arasında PD açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışmalarda her ne kadar PD'yi değerlendirmek için çalışmamızdakinden farklı bir ölçek kullanılmış olsa da çalışmamızda PD açısından intihar girişimi öyküsü olan ve

olmayan BPB-1 hasta grupları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmayışıyla paralellik göstermektedir.

Şenormancı ve ark. tarafından yapılan çalışmada BPB’de PD’nin depresif epizod sayısı ve intihar girişimi öyküsü ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu ilişki en belirgin olarak PDÖ’nün “Gelecek Algısı” ve “Aile Uyumunu” alt başlıklarında gözlenmiştir (207). Uygun ve ark. tarafından yapılan çalışmada da BPB hastalarında daha önce intihar girişiminde bulunmuş olma ile PD arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (19).

Mizuno ve ark. yaptıkları araştırmada şizofreni ve BPB tanılı hastalar ve sağlıklı kontrollerden oluşan 3 grubu karşılaştırmışlardır (15). Bu çalışmada tüm gruplarda PD’nin özgüven, yaşam kalitesi ve inançlılık ile pozitif; umutsuzluk ile negatif korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Hjerdal ve ark. da benzer şekilde PD’nin umutsuzluk açısından öngörücü bir faktör olabileceğini ileri sürmüşlerdir (276). BPB’de umutsuzluğun intihar riskini artırabileceğine dair çalışmalar mevcuttur (168,277). Bu bilgiler bir arada değerlendirildiğinde düşük PD’nin umutsuzluğu artırarak BPB’de intihar riskini artırabileceği düşünülebilir.

Bütün bunlar değerlendirilirken PD’nin dinamik bir kavram olduğu ve zaman içerisinde değişip gelişebileceği göz ardı edilmemelidir. BPB’de duygudurum epizodlarında PD açısından ötimi dönemine göre değişiklikler olacağı da düşünülebilir. İntihar girişiminde bulunup hayatta kalan BPB hastalarının sonrasında ihtiyaç duydukları tıbbi, ailesel ve sosyal desteği almalarının PD’lerinin artmasında etkisi olabilir.

Çalışmamızdan elde edilen ve literatürde bulunan bilgiler birlikte değerlendirildiğinde BPB hastalarının genel topluma göre düşük PD gösterdiği söylenebilir ancak BPB’de intihar riskinin PD ile ilişkisine dair veriler çeşitlilik göstermektedir.

5.7. GRUPLARIN DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan BPB-1 hasta gruplarının toplam DDGÖ toplam puanları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. İntihar girişimi olan BPB-1 hasta grubunun toplam DDGÖ puanları ve “Farkındalık” dışındaki tüm alt ölçek puanları intihar girişimi olmayan gruba göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca DDGÖ strateji puanlarının BPB’de intihar girişimi için belirleyici olduğu sonucu elde edilmiştir. İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 hasta grubunda toplam DDGÖ puanları ile “Kabul Etmeme” ve “Stratejiler” alt ölçek puanları sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek saptanmıştır. “Dürtü”, “Amaçlar” ve “Açıklık” alt ölçek puanlarında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Weinberg ve Klonsky tarafından 428 ergen katılımcı dahil edilerek yapılan bir çalışmada toplam DDGÖ puanları ve “Farkındalık” dışındaki tüm alt ölçek puanları ile intihar düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (278). Çalışmamızda intihar girişimi olan ve olmayan BPB-1 hasta grupları arasındaki farklılıklar bu bulgularla uyumlu görünmektedir.

Van Rheenen ve ark. tarafından yapılan çalışmada ötimi dönemindeki BPB tanılı hastaların DDGÖ toplam puanlarının ve çoğu alt ölçek puanlarının sağlıklı kontrollere göre belirgin şekilde yüksek olduğu, “Farkındalık” alt ölçek puanının ise daha düşük olduğu bulunmuştur (30). Unipolar depresyon, anksiyete bozukluğu ve BPB tanılı hastalardan oluşan 3 grubun karşılaştırıldığı bir çalışmada da BPB tanılı hastaların diğer gruba göre “Farkındalık” dışındaki tüm DDG boyutlarında diğer hasta gruplarına göre daha fazla zorlandığı görülmüştür (27).

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar literatürdeki bilgilerle benzerlik göstermektedir. “Farkındalık” alt ölçek puanı konusundaki bulgular, BPB hastalarının kendi duygularını inceleme ve tanıma konusunda zorluk yaşamadığı şeklinde yorumlanabilir. DDG açısından birçok alanda zorluk yaşayan BPB hastalarının bu alanda zorluk yaşamamalarının, geçirdikleri duygudurum epizodlarında olumlu ve olumsuz duyguları sıklıkla yaşamaları sebebiyle duygusal farkındalıklarının artmasından kaynaklandığı düşünülmüştür (279).

BPB hastalarında DDGÖ alt ölçek puanları incelendiğinde, “Farkındalık” dışındakilerin yüksek iç tutarlılık gösterdiği saptanmıştır (279). BPB, unipolar depresyon, anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk gibi farklı psikiyatrik tanıları bulunan 427 hastanın dahil edildiği bir çalışmada da DDGÖ alt ölçeklerinin “Farkındalık” dışında hepsinin yüksek iç tutarlılık gösterdiği bulunmuştur (280). “Farkındalık” boyutuna yönelik DDG’yi değerlendiren iç tutarlılığın daha yüksek olduğu farklı ölçeklerle de elde ettiğimiz bulguların tekrarlanması gerekmektedir.

BPB hastalarında dürtüsellüğün artmış intihar riski ile ilişkili olduğuna dair birçok çalışma mevcuttur (205,281). Hatkevich ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada hastanede yatmakta olan 547 ergen hastada DDG ile intihar düşüncesi ve girişimi arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmada son 1 yılda intihar düşüncesi puanları ile DDGÖ alt ölçeklerinden “Stratejiler” ve “Dürtü Kontrolü” arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (282). DDG ile intihar riski arasındaki ilişkinin incelendiği başka bir çalışmada daha önce intihar girişimi olan kişilerin “Açıklık” ve “Dürtüsellik” açısından daha fazla zorluk yaşadığı öne sürülmüştür (283). Çalışmamızda da “Dürtüsellik” ve “Açıklık” alt ölçeklerinde intihar girişimi olan grubun diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Özellikle dürtüsel tepkilerini kontrol etme ve duygularını netlikle birbirinden ayırt edebilme konusunda güçlük yaşayan BPB tanılı hastalarda intihar riskinin artabileceği ileri sürülebilir.

BPB hastalarının bilişsel yeniden değerlendirme gibi uyuma yönelik DD stratejilerini daha az kullanırken, baskılama gibi uyum bozucu stratejileri daha çok kullandığı düşünülmüştür (26). Johnson ve ark. yaptıkları çalışmada BPB hastalarında duyguların işlevsellik ve prognoz üzerindeki etkilerini incelemişlerdir (284). Bu çalışmada BPB hastalarının duygusal açıdan birçok alanda sorun yaşamalarına rağmen en çok olumsuz duygularla başa çıkmakta zorlandıkları ve bilişsel yeniden değerlendirme gibi uyum sağlayıcı stratejilerin kullanımının daha az depresif epizod sayısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Rajappa ve ark. tarafından yapılan çalışmada çoklu intihar girişimi öyküsü olan kişilerde “Kabul Etmeme” alt ölçeğinde sağlıklı kontrollere göre, “Stratejiler” alt ölçeğinde ise hem tek intihar girişimi öyküsü olan kişilere hem de sağlıklı kontrollere göre daha yüksek puanlar saptanmıştır (28). Çalışmamızdaki bulgularda “Stratejiler” ve “Kabul Etmeme” alt ölçeklerinde 3 grup

arasında belirgin fark saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda strateji DDG puanlarının intihar girişiminin belirleyicisi olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu bulgular ile BPB hastalarının olumsuz duygularını kabullenmek ve uyum sağlayıcı DD stratejilerini uygulamakta zorluk çektiği, bu zorlukları daha fazla yaşayan BPB hastalarında intihar riskinin artabileceği söylenebilir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, ötimik BPB 1 hastalarında intiharın BPB'nin klinik özellikleri, ÇÇT, DDG ve PD ile ilişkisi incelenmiştir.

- İntihar girişimi öyküsü olan hastalarda olmayanlara göre hastalık başlangıç yaşı daha erken; depresif, karma ve toplam epizod sayısı daha fazla; ilk epizodun karma dönem olma olasılığı daha yüksek, manik dönem olma olasılığı daha düşüktür.
- ÇÇTÖ tüm alt ölçek ve toplam puanları intihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanılı hastalarda, intihar girişimi öyküsü olmayan hastalara ve sağlıklı kontrollere göre daha yüksektir. İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 tanılı hastaların ÇÇTÖ duygusal istismar, duygusal ihmal ve toplam puanları sağlıklı kontrollere göre daha yüksektir. Duygusal istismar ile intihar düşüncesi yoğunluğu ve ömür boyu girişim sayısı arasında korelasyon bulunmaktadır. Duygusal istismar BPB tanılı hastalarda intihar girişimi için belirleyicidir.
- BPB-1 tanılı hastalarda PDÖ kendilik algısı, gelecek algısı, sosyal kaynaklar ve PDÖ toplam puanları sağlıklı kontrollere göre daha düşüktür. İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan BPB-1 tanılı hastalar arasında ise PD açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır.
- İntihar girişimi öyküsü olan BPB-1 tanılı hastalarda farkındalık dışında tüm alt ölçek ve toplam DDGÖ puanları intihar girişimi öyküsü olmayan hastalara ve sağlıklı kontrollere göre daha yüksektir. İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB-1 tanılı hastalarda kabul etmeme, stratejiler ve toplam DDGÖ puanları sağlıklı kontrollere göre daha yüksektir. Stratejiler alt ölçek puanları ile son 1 ayda ve ömür boyu intihar düşüncesi varlığı, ömür boyu intihar düşüncesi yoğunluğu ve intihar girişimi sayısı arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmaktadır. DDG'den özellikle stratejilerin intihar girişimi açısından belirleyici olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızın güçlü tarafları BPB-1 hastalarında intiharın DDG, PD ve ÇÇT ile birlikte geniş perspektifte değerlendirmesi; psikiyatrik ilaç kullanımı, BPB'nin klinik özellikleri ve psikiyatri dışı ek hastalıklar gibi özellikler açısından ayrıntılı olarak ele alması, literatürdeki BPB-1 hastalarında intiharın DDG, ÇÇT ve PD ile bütüncül olarak araştırıldığı ilk çalışma olması ve geçerlik-güvenirliği olan klinik ölçeklerin yanı sıra DSM-5 kriterleri ve SCID-5 bağlamında klinik görüşmelerle değerlendirmenin yapılmış olmasıdır. Çalışmamızın kısıtlılıkları ise kesitsel bir çalışma olması, örneklemin görece küçük olması, kadın-erkek oranının benzer olmaması, uygulanan ölçeklerin öz bildirime dayalı olması ve hastalardan geçmişe yönelik bilgi alınması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır. Ayrıca örneklem olarak hastanemize ayaktan başvuran hastaların alınması elde edilen sonuçların tüm BPB hastalarına genellenebilirliğini güçleştirmektedir.

İntihar riski yüksek bir bozukluk olan BPB-1'de özellikle duygusal istismar olmak üzere ÇÇT varlığı ve başta uyum sağlayıcı stratejileri uygulama gelmek üzere DD alanında zorluklar yaşanması bu riski daha artırmaktadır. Bulgularımız BPB 1 hastalarında daha işlevsel DD stratejileri geliştirmeye yönelik terapötik müdahalelerde bulunmanın ve ÇÇT'lerin hastalığın seyri açısından önemli olduğunu ve ÇÇT'yi azaltmaya yönelik tedbirlerin toplum ruh sağlığı açısından büyük önem arz ettiğini düşündürmektedir.

Daha geniş örneklemelerde, cinsiyet dağılımının eşit olduğu, ötimik dönemin yanı sıra manik ve depresif ataklarda da değerlendirmenin yapıldığı, izlem çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2016;387:1561–72.
2. Alonso J, Petukhova M, Vilagut G, et al. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Mol Psychiatry* 2011; 16: 1234–46.
3. Angst J, Angst F, Gerber-Werder R, Gamma A. Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up. *Arch Suicide Res*. 2005;9:279–300.
4. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021.
5. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2007.
6. Baldessarini RJ, Undurraga J, Vázquez GH, Tondo L, Salvatore P, Ha K, et al. Predominant recurrence polarity among 928 adult international bipolar I disorder patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125:293–302.
7. Gonda X, Pompili M, Serafini G, Montebovi F, Campi S, Dome P, et al. Suicidal behavior in bipolar disorder: epidemiology, characteristics and major risk factors. *J Affect Disord*. 2012;143:16–26.
8. Tondo L, Isacson G, Baldessarini R. Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs*. 2003;17:491–511.
9. Shonkoff JP, Garner AS, Siegel BS, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 2012;129:232–46.
10. Carr CP, Martins CMS, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders. *J Nerv Ment Dis* 2013; 201:1007–20.
11. Farias CA, Cardoso TA, Mondin TC, Souza LDM, da Silva RA, Kapczinski F, Magalhães PVDS, Jansen K. Clinical outcomes and childhood trauma in bipolar disorder: A community sample of young adults. *Psychiatry Res*. 2019 May;275:228-32.
12. Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Dev. Psychopathol*. 24, 335–44.
13. Southwick, S. M., and Charney, D. S. (2012). The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science* 338, 79–82.
14. Wu G, Feder A, Cohen H, Kim JJ, Calderon S, Charney DS, Mathé AA. Understanding resilience. *Front Behav Neurosci*. 2013 Feb 15;7:10.
15. Mizuno Y, Hofer A, Suzuki T, Frajo-Apor B, Wartelsteiner F, Kemmler G, et al. Clinical and biological correlates of resilience in patients with schizophrenia and bipolar disorder: A cross-sectional study. *Schizophr Res*. 2016 Aug;175(1-3):148-153.
16. Post F, Pardeller S, Frajo-Apor B, Kemmler G, Sondermann C, Hausmann A, Fleischhacker WW, et al. Quality of life in stabilized outpatients with bipolar I disorder: Associations with

- resilience, internalized stigma, and residual symptoms. *J Affect Disord.* 2018 Oct 1;238:399-404.
17. Liu DW, Fairweather-Schmidt AK, Roberts RM, Burns R, Anstey KJ. Does resilience predict suicidality? A lifespan analysis. *Arch Suicide Res.* 2014;18(4):453-64.
 18. Lee D, Cha B, Park CS, Kim BJ, Lee CS, Lee SJ, et al. Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2017 Jan 1;207:434-41.
 19. Uygun E, Köseoğlu A, Küçükgöncü S, Erkoç ŞN. Ötimik dönemdeki bipolar I bozukluk hastalarında psikolojik dayanıklılık ve ilişkili faktörler. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Derg* 2018; 7(3):120-6.
 20. Çıtak C, Erten E. Impact of Childhood Trauma and Attachment on Resilience in Remitted Patients with Bipolar Disorder. *J Affect Disord.* 2021 Feb 1;280(Pt A):219-27.
 21. Thompson R.A. Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monogr. Soc. Res. Child Dev.* 1994;59:25–52.
 22. Gyurak A., Gross J.J., Etkin A. Explicit and implicit emotion regulation: a dual-process framework. *Cogn. Emot.* 2011;25:400–412.
 23. Sheppes G., Suri G., Gross J.J. Emotion regulation and psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2015;11:379–405.
 24. Gross JJ. The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Rev Gen Psychol* 1998; 2:271–99.
 25. Johnson, S. L., Gruber, J., & Eisner, L. (2007). Emotion and bipolar disorder. In: J. Rottenberg & S. L. Johnson (Eds.), *Emotion and psychopathology: Bridging affective and clinical science* (pp. 123–150). Washington, DC: American Psychological Association.
 26. Gruber J, Harvey AG, Gross JJ. When trying is not enough: emotion regulation and the effort-success gap in bipolar disorder. *Emotion.* 2012 Oct;12(5):997-1003.
 27. Becerra, R., Cruise, K., Murray, G., Bassett, D., Harms, C., Allan, A. and Hood, S. (2013) Emotion regulation in bipolar disorder: Are emotion regulation abilities less compromised in euthymic bipolar disorder than unipolar depressive or anxiety disorders? *Open Journal of Psychiatry*, 3, 1-7.
 28. Rajappa, K., Gallagher, M., & Miranda, R. (2012). Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 833-839.
 29. Tamas Z, Kovacs M, Gentzler AL, Tepper P, Gadoros J, Kiss E, et al. (2007). The relations of temperament and emotion self-regulation with suicidal behaviors in a clinical sample of depressed children in Hungary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 640–652.
 30. Van Rheenen TE, Miskowiak K, Karantonis J, Furlong LS, Murray G, Rossell SL. Understanding familial liability for emotion regulation difficulties in bipolar disorder. *Psychol Med.* 2020 Dec 17:1-8.
 31. Zaorska J, Kopera M, Trucco EM, Suszek H, Kobyliński P, Jakubczyk A. Childhood Trauma, Emotion Regulation, and Pain in Individuals With Alcohol Use Disorder. *Front Psychiatry.* 2020 Oct 30;11:554150.

32. Huh HJ, Kim KH, Lee HK, Chae JH. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *J Affect Disord.* 2017 Apr 15;213:44-50.
33. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord.* 2001 Dec;67(1-3):3-19.
34. Marneros, A., & Angst, J. (2000). Bipolar disorders: roots and evolution. In *Bipolar disorders* (pp. 1-35). Springer, Dordrecht.
35. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Ankara, 2015.
36. Angst, J. Historical aspects of the dichotomy between manic—Depressive disorders and schizophrenia. *Schizophrenia Res.* 2002, 57, 5–13.
37. Zivanovic, O.; Nedic, A. Kraepelin’s concept of manic-depressive insanity: One hundred years later. *J. Affect. Disord.* 2012, 137, 15–24.
38. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1st ed.; American Psychiatric Association: Washington, DC, USA, 1952.
39. Goodwin F, Jamison K. *Manic Depressive Illness*, 2nd Edition. New York: Oxford University Press; 2007.
40. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub, Arlington, VA, 2013.
41. 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: 1322–30.
42. Bauer M, Pfennig A. Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia.* 2005;46 Suppl 4:8-13.
43. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64:543–52.
44. Arnold LM. Gender differences in bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2003 Sep;26(3):595-620.
45. Burt VK, Rasgon N. Special considerations in treating bipolar disorder in women. *Bipolar Disord.* 2004 Feb;6(1):2-13.
46. Smoller JW, Finn CT. Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2003 Nov 15;123C(1):48-58.
47. Carvalho AF, Firth J, Vieta E. Bipolar Disorder. *N Engl J Med.* 2020 Jul 2;383(1):58-66.
48. Gordovez FJA, McMahon FJ. The genetics of bipolar disorder. *Mol Psychiatry* 2020;25:544-59.
49. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. *Lancet.* 2013 May 11;381(9878):1654-62.
50. Martinowich K, Schloesser RJ, Manji HK. Bipolar disorder: from genes to behavior pathways. *J Clin Invest.* 2009 Apr;119(4):726-36.
51. Grande I, Fries GR, Kunz M, Kapczinski F. The role of BDNF as a mediator of neuroplasticity in bipolar disorder. *Psychiatry Investig.* 2010 Dec;7(4):243-50.

52. Konopaske GT, Lange N, Coyle JT, Benes FM. Prefrontal cortical dendritic spine pathology in schizophrenia and bipolar disorder. *JAMA Psychiatry*. 2014 Dec 1;71(12):1323-31.
53. Berk M, Kapczinski F, Andreazza AC, Dean OM, Giorlando F, Maes M, et al. Pathways underlying neuroprogression in bipolar disorder: focus on inflammation, oxidative stress and neurotrophic factors. *Neurosci Biobehav Rev*. 2011 Jan;35(3):804-17.
54. Goldstein BI, Kemp DE, Soczynska JK, McIntyre RS. Inflammation and the Phenomenology, Pathophysiology, Comorbidity, and Treatment of Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry* 2009; 70:1078–90.
55. Modabbernia A, Taslimi S, Brietzke E, Ashrafi M. Cytokine Alterations in Bipolar Disorder: A Meta-Analysis of 30 Studies. *Biol Psychiatry* 2013; 74:15–25.
56. Munkholm K, Bräuner JV, Kessing LV, Vinberg M. Cytokines in bipolar disorder vs. healthy control subjects: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2013; 47:1119–33.
57. Belvederi Murri M, Prestia D, Mon-delli V, et al. The HPA axis in bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology* 2016;63: 327-42.
58. Hibar DP, Westlye LT, van Erp TG, Rasmussen J, Leonardo CD, Faskowitz J, et al. Subcortical volumetric abnormalities in bipolar disorder. *Mol Psychiatry*. 2016;21(12):1710–6.
59. Hibar DP, Westlye LT, Doan NT, Jahanshad N, Cheung JW, Ching CRK, et al. (2018). Cortical abnormalities in bipolar disorder: an MRI analysis of 6503 individuals from the ENIGMA Bipolar Disorder Working Group. *Molecular psychiatry*, 23(4), 932–42.
60. Pezzoli S, Emsell L, Yip SW, Dima D, Giannakopoulos P, Zarei M, et al. Meta-analysis of regional white matter volume in bipolar disorder with replication in an independent sample using coordinates, T-maps, and individual MRI data. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018;84:162–70.
61. Chen CH, Suckling J, Lennox BR, Ooi C, Bullmore ET. A quantitative meta-analysis of fMRI studies in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2011;13(1):1–15.
62. Delvecchio G, Fossati P, Boyer P, Brambilla P, Falkai P, Gruber O, et al. Common and distinct neural correlates of emotional processing in bipolar disorder and major depressive disorder: a voxel-based meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2012;22(2):100–13.
63. Birur B, Kraguljac NV, Shelton RC, Lahti AC. Brain structure, function, and neurochemistry in schizophrenia and bipolar disorder—a systematic review of the magnetic resonance neuroimaging literature. *NPJ Schizophr*. 2017;3:15.
64. Vargas C, López-Jaramillo C, Vieta E. A systematic literature review of resting state network—functional MRI in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2013;150(3):727–35.
65. Aldinger F, Schulze TG. Environmental factors, life events, and trauma in the course of bipolar disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2017 Jan;71(1):6-17.
66. Aas M, Henry C, Andreassen OA, Bellivier F, Melle I, Etain B. The role of childhood trauma in bipolar disorders. *Int J Bipolar Disord*. 2016 Dec;4(1):2.

67. 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;9:103–13.
68. Kroon, J. S., Wohlfarth, T. D., Dieleman, J., Sutherland, A. L., Storosum, J. G., Denys, D., de Haan, L., & Sturkenboom, M. C. (2013). Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. *Bipolar Disord.* 15(3), 306–13.
69. Joslyn C, Hawes DJ, Hunt C, Mitchell PB. Is age of onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder? A meta-analytic review. *Bipolar Disord.* 2016 Aug;18(5):389-403.
70. Hayes JF, Marston L, Walters K, King MB, Osborn DPJ. Mortality gap for people with bipolar disorder and schizophrenia: UK-based cohort study 2000-2014. *Br J Psychiatry.* 2017 Sep;211(3):175-81.
71. Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I, Young D. Is bipolar disorder over-diagnosed? *J Clin Psychiatry* 2008;69:935-40.
72. Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE. Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. *Am J Psychiatry.* 2001 Aug;158(8):1265-70.
73. Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ, Cluss PA, Houck PR, Stapf DA. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:120–5.
74. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, 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.
75. Gignac A, McGirr A, Lam RW, et al. Recovery and recurrence following a first episode of mania: a systematic review and meta-analysis of prospectively characterized cohorts. *J Clin Psychiatry* 2015; 76: 1241–8.
76. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 530–7.
77. Solomon DA, Leon AC, Coryell WH, et al. Longitudinal Course of Bipolar I Disorder: Duration of Mood Episodes. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(4):339–47.
78. Tondo L, Vázquez GH, Baldessarini RJ. Depression and Mania in Bipolar Disorder. *Curr Neuropsychopharmacol.* 2017 Apr;15(3):353-58.
79. Valenti M, Pacchiarotti I, Undurraga J, Bonnin CM, Popovic D, Goikolea JM, et al. Risk factors for rapid cycling in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2015;17:549-59.
80. Geoffroy PA, Bellivier F, Scott J, Etain B. Seasonality and bipolar disorder: a systematic review, from admission rates to seasonality of symptoms. *J Affect Disord.* 2014;168:210-23.
81. Miskowiak KW, Burdick KE, Martinez-Aran A, Bonnin CM, Bowie CR, Carvalho AF, et al. Assessing and addressing cognitive impairment in bipolar disorder: the International Society for Bipolar Disorders Targeting Cognition Task Force recommendations for clinicians. *Bipolar Disord.* 2018 May;20(3):184-194.

82. Tohen M, Hennen J, Zarate CM Jr, 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;157:220-8.
83. Fiedorowicz JG, Palagummi NM, Forman-Hoffman VL, Miller DD, Haynes WG. Elevated prevalence of obesity, metabolic syndrome, and cardiovascular risk factors in bipolar disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2008; 20: 131–37.
84. Fagiolini A, Kupfer DJ, Houck PR, Novick DM, Frank E. Obesity as a correlate of outcome in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 112–17.
85. Dong M, Lu L, Zhang L, Zhang Q, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019 Oct 25;29:e63.
86. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2013 Sep;70(9):931-9.
87. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30(1):133-54.
88. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, Fawcett JA, Horton L, Meltzer H, et al. Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *APA Pract Guide*. 2010.
89. WHO. Preventing Suicide: A Global Imperative; WHO, Ed.; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2014; pp. 7, 20, 40.
90. Bertolote, J.M.; Fleischmann, A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*. 2002, 7, 6–8.
91. American Foundation for Suicide Prevention. Çevrimiçi olarak: <https://afsp.org/suicide-statistics> adresinden ulaşıldı (7 Ağustos 2021).
92. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Jul 6;15(7):1425.
93. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı: 33710. İntihar İstatistikleri. 2020 Haziran.
94. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008 Feb;192(2):98-105.
95. Ajdacic-Gross, V.; Weiss, M.G.; Ring, M.; Hepp, U.; Bopp, M.; Gutzwiller, F.; Rössler, W. Methods of suicide: International suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull. World Health Organ*. 2008, 86, 726–32.
96. Barzilay S, Apter A. Psychological models of suicide. *Arch Suicide Res*. 2014;18(4):295-312.
97. Durkheim E. İntihar. Çev. Ozankaya O. İmge Kitapevi. Ankara. 1992; 20-5.
98. Freud S. (1917). Mourning and Melancholia. Standard edition, Strachey J (Ed), Volume 14, Hogarth Press, London, 1964. Standard edition, Jones E. (Ed), Volume 4 Hogarth Press, London, 1956. Çev: Uslu R, Berksun OE.
99. Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. Leipzig, Vienna, Zurich: International Psychoanalytic Publisher.

100. Menninger, K. A. (1938). *Man against himself*. Oxford, England: Harcourt, Brace.
101. Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 145–147.
102. Baumeister RF. Suicide as escape from self. *Psychol Rev.* 1990; 97(1): 90-113.
103. Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 190–195
104. Schotte DE, Clum GA. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *J Consult Clin Psychol.* 1987 Feb;55(1):49-54.
105. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry.* 1999;156(2):181-9.
106. Joiner T. *Why people die by suicide*: Harvard University Press; 2007.
107. Joiner TE, Van Orden KA, Witte TK, Selby EA, Ribeiro JD, Lewis R, et al. Main predictions of the interpersonal- psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *J Abnorm Psychol.* 2009; 118(3): 634–46.
108. O'Connor RC. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis.* 2011; 32(6): 295-8.
109. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2018; 373(1754): 20170268.
110. Bunney W, Kleinman A, Pellmar T, Goldsmith S. *Reducing suicide: A national imperative*: National Academies Press; 2002.
111. Roy A, Segal NL. Suicidal behavior in twins: a replication. *Journal of Affective Disorders.* 2001;66(1):71-4.
112. Antypa N, Serretti A, Rujescu D. Serotonergic genes and suicide: a systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013; 23(10): 1125-42.
113. Joiner Jr TE, Brown JS, Wingate LR. The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annu Rev Psychol.* 2005; 56: 287-314.
114. Pandey GN, Dwivedi Y, Rizavi HS, Ren X, Pandey SC, Pesold C, et al. Higher expression of serotonin 5-HT(2A) receptors in the postmortem brains of teenage suicide victims. *Am J Psychiatry.* 2002; 159(3): 419-29.
115. Coryell, W. (2012). Do Serum Cholesterol Values and DST Results Comprise Independent Risk Factors for Suicide?. In Y. Dwivedi (Ed.), *The Neurobiological Basis of Suicide*. CRC Press/Taylor & Francis.
116. Papadopoulou A, Markianos M, Christodoulou C, Lykouras L. Plasma total cholesterol in psychiatric patients after a suicide attempt and in follow-up. *Journal of Affective Disorders.* 2013;148(2-3):440-3.
117. Coryell W, Schlessner M. Combined biological tests for suicide prediction. *Psychiatry Research.* 2007;150(2):187-91
118. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci.* 2003; 4(10): 819-28.

119. Van Heeringen K, Bijttebier S, Desmyter S, Vervaeke M, Baeken C. Is there a neuroanatomical basis of the vulnerability to suicidal behavior? A coordinate-based meta-analysis of structural and functional MRI studies. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2014;8:824.
120. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med* 1999;29:9–17.
121. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med* 2005;35:1457–65.
122. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:97–104
123. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53: 339–48.
124. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:617–26.
125. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003;33:395–405.
126. Linehan MM, Rizvi SL, Welch SS, et al. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: personality disorders. In: Hawton K, van Heeringen K, eds. *International handbook of suicide and attempted suicide*. 1st ed. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons, 2000:147–78.
127. Yen S, Shea MT, Pagano M, et al. Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Abnorm Psychol* 2003;112:375–81.
128. Hawton K, Houston K, Haw C, et al. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry* 2003;160:1494–500.
129. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985; 142:559–63.
130. Brown GK, Beck AT, Steer RA, et al. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:371–7.
131. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:180–206.
132. Nock MK, Kazdin AE. Examination of affective, cognitive, and behavioral factors and suicide-related outcomes in children and young adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2002;31:48–58.
133. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147:1189–94.
134. Fawcett J. Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Ann N Y Acad Sci* 2001;932:94–102.

135. Fawcett J, Busch KA, Jacobs D, et al. Suicide: a four-pathway clinical-biochemical model. *Ann N Y Acad Sci* 1997;836: 288–301.
136. Zouk H, Tousignant M, Seguin M, et al. Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *J Affect Disord* 2006;92:195–204.
137. Nock MK, Wedig MM, Holmberg EB, et al. Emotion reactivity scale: psychometric evaluation and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behav Ther* (in press).
138. Vijayakumar L, Rajkumar S. Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:407–11.
139. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, et al. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet* 2002;360:1728–36.
140. Yen, S., Pagano, M. E., Shea, M. T., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., et al. (2005). Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(1), 99–105.
141. Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Baugher, M., Roth, C., Balach, L., & Schweers, J. (1993). Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case control study. *Suicide & life-threatening behavior*, 23(3), 179–187.
142. Riordan, D. V., Selvaraj, S., Stark, C., & Gilbert, J. S. (2006). Perinatal circumstances and risk of offspring suicide. Birth cohort study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 189, 502–507.
143. Glassman LH, Weierich MR, Hooley JM, et al. Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behav Res Ther* 2007;45:2483–90.
144. Wedig MM, Nock MK. Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:1171–8.
145. Joiner TE Jr, Sachs-Ericsson NJ, Wingate LR, et al. Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: a persistent and theoretically important relationship. *Behav Res Ther* 2007;45:539–47.
146. Salk L, Lipsitt LP, Sturner WQ, et al. Relationship of maternal and perinatal conditions to eventual adolescent suicide. *Lancet* 1985;1:624–7.
147. Haas, A.P.; Eliason, M.; Mays, V.M.; Mathy, R.M.; Cochran, S.D.; D’Augelli, A.R.; Silverman, M.M.; Fisher, P.W.; Hughes, T.; Rosario, M.; et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *J. Homosex.* 2011, 58, 10–51.
148. Virupaksha, H.G.; Muralidhar, D.; Ramakrishna, J. Suicide and Suicidal Behavior among Transgender Persons. *Indian J. Psychol. Med.* 2016, 38, 505–9.
149. Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(3):249.
150. Hawton K. Suicide and attempted suicide. In: *Handbook of Affective Disorders*, 2nd ed, Pankel, ES (Ed), Guilford, New York 1992:635.

151. Da Costa LS, Alencar ÁP, PJN N, et al. Risk factors for suicide in bipolar disorder: a systematic review. *J Affect Disord.* 2015;170: 237–54.
152. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Suicide in bipolar disorder: a review. *Psychiatr Danub.* 2014; 26(2): 108-14.
153. Pompili M, Gonda X, Serafini G, et al. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar Disord.* 2013; 15(5): 457–90.
154. Baldessarini, R.J., Pompili, M., Tondo, L., 2006. Suicide in bipolar disorder: risks and management. *CNS Spectrums* 11, 465–71.
155. Miller JN, Black DW. Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Curr Psychiatry Rep.* 2020 Jan 18;22(2):6.
156. Altamura AC, Dell’Osso B, Berlin HA, Buoli M, Bassetti R, Mundo E. Duration of untreated illness and suicide in bipolar disorder: a naturalistic study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2010;260:385–91.
157. Pallaskorpi S, Suominen K, Rosenström T, et al. Predominant polarity in bipolar I and II disorders: a five-year follow-up study. *J Affect Disord.* 2019;246:806–13.
158. Tondo L, Lepri B, Baldessarini RJ. Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;116:419–28.
159. Novick DM, Swartz HA, Frank E. Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disord.* 2010;12:1–9.
160. Dennehy EB, Marangell LB, Allen MH, Chessick C, Wisniewski SR, Thase ME. Suicide and suicide attempts in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *J Affect Disord.* 2011;133:423–7.
161. Plans L, Barrot C, Nieto E, Rios J, Schulze TG, Papiol S, et al. Association between completed suicide and bipolar disorder: a systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2019;242: 111–22.
162. Coryell W, Kriener A, Butcher B, Nurnberger J, McMahon F, Berrettini W, et al. Risk factors for suicide in bipolar I disorder in two prospectively studied cohorts. *J Affect Disord.* 2016;190: 1–5.
163. Cassidy F. Risk factors of attempted suicide in bipolar disorder. *Suicide Life Threat Behav.* 2011;41:6–11.
164. Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., Harriss, L., 2005. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry* 66, 693–704.
165. McGuffin P, Perroud N, Uher R, Butler A, Aitchison KJ, Craig I, et al. The genetics of affective disorder and suicide. *Eur Psychiatry.* 2010;25:275–7.
166. Pompili, M., Rihmer, Z., Innamorati, M., Lester, D., Girardi, P., Tatarelli, R., 2009. Assessment and treatment of suicide risk in bipolar disorders. *Expert. Review of Neurotherapeutics* 9, 109–36.

167. Bottlender R, Jäger M, Strauss A, Möller HJ. Suicidality in bipolar compared to unipolar depressed inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2000;250:257–61.
168. Johnson SL, McMurrich SL, Yates M. Suicidality in bipolar I disorder. *Suicide Life Threat Behav*. 2005;35:681–9.
169. McIntyre RS, Muzina DJ, Kemp DE, Blank D, Woldeyohannes HO, Lofchy J, et al. Bipolar disorder and suicide: research synthesis and clinical translation. *Curr Psychiatry Rep*. 2008;10:66–72.
170. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245–58.
171. Report of the consultation on child abuse prevention, 29–31 March 1999. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.1).
172. Helvacı Çelik, F., Hocaoglu, Ç. (2018). Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8 (4) , 695-711 .
173. Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 197(5), 378–85.
174. May-Chahal, C., & Cawson, P. (2005). Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, 29(9), 969–84.
175. Akco, S., Dagli, T., Inanici, M. A., Kaynak, H., Oral, R., Sahin, F., Sofuoglu, Z., & Ulukol, B. (2013). Child abuse and neglect in Turkey: professional, governmental and non-governmental achievements in improving the national child protection system. *Paediatrics and international child health*, 33(4), 301–9.
176. Koc E., Sahin Daglı F., Aksakal F., Aksoy H., Kahveci R., Ayhan Baser D., et al (2018). Exploring Prevalence of Child Abuse: Use of ICAST-Retrospective Instrument with the First Year Medical Students in a University . *Konuralp Medical Journal* , 10 (1) , 7-12 .
177. Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(3), 174–86.
178. Crouch, E., Strompolis, M., Bennett, K. J., Morse, M., & Radcliff, E. (2017). Assessing the interrelatedness of multiple types of adverse childhood experiences and odds for poor health in South Carolina adults. *Child Abuse & Neglect*, 65, 204–11.
179. Gilbert, L. K., Breiding, M. J., Merrick, M. T., Thompson, W. W., Ford, D. C., Dhingra, S. S., Parks, S. E. (2015). Childhood adversity and adult chronic disease: An update from ten states and the District of Columbia, 2010. *American Journal of Preventive Medicine*, 48, 345–9.

180. Erten E, Funda Uney A, Saatçioğlu Ö, Özdemir A, Fıstıkçı N, Çakmak D. Effects of childhood trauma and clinical features on determining quality of life in patients with bipolar I disorder. *Journal of affective disorders Netherlands*, 2014; 162:107–13.
181. Gamo JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science England*, 2005; 186:121–5.
182. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck PEJ, Denicoff KD, Nolen WA, Altshuler LL, Rush AJ, Kupka R, Frye MA, Autio KA, Post RM. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biological psychiatry United States*, 2002; 51:288–97.
183. Etain B, Aas M, Andreassen OA, Lorentzen S, Dieset I, Gard S, Kahn J-P, Bellivier F, Leboyer M, Melle I, Henry C. Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorders. *The Journal of clinical psychiatry United States*, 2013; 74:991–8.
184. Schreuder, M. M., Vinkers, C. H., Mesman, E., Claes, S., Nolen, W. A., & Hillegers, M. H. (2016). Childhood trauma and HPA axis functionality in offspring of bipolar parents. *Psychoneuroendocrinology*, 74, 316–23.
185. Davidson, J. R., Hughes, D. C., George, L. K., & Blazer, D. G. (1996). The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of general psychiatry*, 53(6), 550–5.
186. Molnar, B. E., Berkman, L. F., & Buka, S. L. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychological medicine*, 31(6), 965–77.
187. Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, G. J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American journal of public health*, 98(5), 946–52.
188. Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2008). Adverse childhood experiences and suicidal behavior. *The Psychiatric clinics of North America*, 31(2), 223–35.
189. Sarchiapone, M., Carli, V., Cuomo, C., & Roy, A. (2007). Childhood trauma and suicide attempts in patients with unipolar depression. *Depression and anxiety*, 24(4), 268–72.
190. Roy, A., Carli, V., & Sarchiapone, M. (2011). Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. *Journal of affective disorders*, 133(3), 591–4.
191. Agnew-Blais, J., & Danese, A. (2016). Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 3(4), 342–49.
192. Soanes, C., Stevenson, A., *Oxford dictionary of English*. 2 ed. 2006, Oxford, UK: Oxford University Press.
193. Hu T, Zhang D, Wang J. A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Pers Individ Dif*. 2015;76:18–27.

194. Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76–82.
195. Masten, A., Best, K., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425–44.
196. Helmreich I, Kunzler A, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M, et al. Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2).
197. Rutten BP, Hammels C, Geschwind N, Menne-Lothmann C, Pishva E, Schruers K, et al. Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2013;128(1):3–20.
198. Kalisch, R., Müller, M. B., & Tüscher, O. (2015). A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *The Behavioral and brain sciences*, 38, e92.
199. Cicchetti D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(3), 145–54.
200. Haglund ME, Nestadt PS, Cooper NS, Southwick SM, Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience: relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. *Development and Psychopathology* 2007; 19(3):889–920.
201. Southwick SM, Pietrzak RH, White G. Interventions to enhance resilience and resilience-related constructs in adults. In: Southwick SM, Litz BT, Charney DS, Friedman MJ editor(s). *Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011: 289–306.
202. Connor KM, Zhang W. Resilience: determinants, measurement, and treatment responsiveness. *CNS Spectrums* 2006;11(Suppl S12):5–12.
203. Wu Y, Sang Z, Zhang X-C and Margraf J (2020) The Relationship Between Resilience and Mental Health in Chinese College Students: A Longitudinal Cross-Lagged Analysis. *Front. Psychol.* 11:108.
204. Deng, M., Pan, Y., Zhou, L., Chen, X., Liu, C., Huang, X., et al. (2018). Resilience and Cognitive Function in Patients With Schizophrenia and Bipolar Disorder, and Healthy Controls. *Frontiers in psychiatry*, 9, 279.
205. Choi JW, Cha B, Jang J, Park CS, Kim BJ, Lee CS, Lee SJ. Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2015 Jan 1;170: 172-7.
206. Hofer, A., Mizuno, Y., Wartelsteiner, F., Wolfgang Fleischhacker, W., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., et al. (2017). Quality of life in schizophrenia and bipolar disorder: The impact of symptomatic remission and resilience. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 46, 42–47.
207. Şenormancı, G., Güçlü, O., Özben, İ., Karakaya, F. N., & Şenormancı, Ö. (2020). Resilience and insight in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 266, 402–12.

208. Echezarraga, A., Calvete, E., González-Pinto, A.M., Las Hayas, C., 2018. Resilience dimensions and mental health outcomes in bipolar disorder in a follow-up study. *Stress Health* 34 (1), 115–26.
209. Roy, A., Sarchiapone, M., & Carli, V. (2007). Low resilience in suicide attempters. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 11(3), 265–9.
210. Uğur, K., Tamam, L., Demirkol, M. E., Yıldız, S., Kartal, F., Kazğan, A., & Polat, H. (2021). Denetimli Serbestlik Polikliniğine Başvuran Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı Bireylerde İntihar Davranışı. *Bağımlılık Dergisi*, 22(4), 403–12.
211. Thompson RA. Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*. 1991;3(4):269-307.
212. Gross JJ. Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & emotion*. 1999;13(5):551-73
213. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press, 1993;558.
214. Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. Why is Emotion Regulation Important? In: *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. New York, United States, Guilford Press. 2011;1-16.
215. Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 41-54.
216. Gross JJ, Muñoz RF. Emotion Regulation and Mental Health. *Clin Psychol Sci Pract* 1995; 2:151–64.
217. Green MJ, Cahill CM, Malhi GS. The cognitive and neurophysiological basis of emotion dysregulation in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2007 Nov;103(1-3):29-42.
218. Van Rheenen TE, Murray G, Rossell SL. Emotion regulation in bipolar disorder: profile and utility in predicting trait mania and depression propensity. *Psychiatry Res*. 2015 Feb 28;225(3):425-32.
219. Wagner, B. M., & Zimmerman, J. H. (2006). Developmental Influences on Suicidality Among Adolescents: Cognitive, Emotional, and Neuroscience Aspects. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 287–308). American Psychological Association.
220. Ong, E., & Thompson, C. (2019). The Importance of Coping and Emotion Regulation in the Occurrence of Suicidal Behavior. *Psychological reports*, 122(4), 1192–210.
221. Swee, G., Shochet, I., Cockshaw, W., & Hides, L. (2020). Emotion Regulation as a Risk Factor for Suicide Ideation among Adolescents and Young Adults: The Mediating Role of Belongingness. *Journal of youth and adolescence*, 49(11), 2265–74.
222. Pisani, A. R., Wyman, P. A., Petrova, M., Schmeelk-Cone, K., Goldston, D. B., Xia, Y., & Gould, M. S. (2013). Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships, and suicide

- attempts among high school students in underserved communities. *Journal of youth and adolescence*, 42(6), 807–20.
223. Williams JMG. *Cry of pain: understanding suicide and self-harm*. Penguin Books, 1997: 257.
224. Anestis, M. D., Bagge, C. L., Tull, M. T., & Joiner, T. E. (2011). Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *Journal of psychiatric research*, 45(5), 603–11.
225. First, M. (2015). Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, Birinci Baskı. RL Cautin, SO Lilienfeld. In: Wiley-Blackwell.
226. Elbir, M., Alp Topbaş, Ö., Bayad, S., Kocabaş, T., Topak, O. Z., Çetin, Ş., ve ark. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2019;30:(1).
227. Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 133, 429–35.
228. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F ve ark. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002;13: 107-14.
229. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1961;4:561-71.
230. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 1988;7:3-13.
231. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova K V., Oquendo MA, et al. The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168(12):1266–77.
232. Güneş A, Kılınçaslan A. Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi*; 2015.
233. Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*, 151(8), 1132–6.
234. Şar, V., Öztürk, P. E., & İkikardeş, E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2012; 32/(4):1054-63.
235. Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment. *International journal of methods in psychiatric research*, 12(2), 65-7.
236. Basım, H. N. ve Çetin, F. (2011). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-14.
237. Rugancı RN, Gençöz T. Psychometric properties of a Turkish version of the difficulties in emotion regulation scale. *J Clin Psychol* 2010 Apr;66(4):442-55.

238. Finseth, P. I., Morken, G., Andreassen, O. A., Malt, U. F., & Vaaler, A. E. (2012). Risk factors related to lifetime suicide attempts in acutely admitted bipolar disorder inpatients. *Bipolar disorders*, 14(7), 727-34.
239. Ruengorn, C., Sanichwankul, K., Niwatananun, W., Mahatnirunkul, S., Pumpaisalchai, W., & Patumanond, J. (2012). A risk-scoring scheme for suicide attempts among patients with bipolar disorder in a Thai patient cohort. *Psychology research and behavior management*, 5, 37-45.
240. Galfalvy H, Oquendo MA, Carballo JJ, Sher L, Grunebaum MF, Burke A, Mann JJ. Clinical predictors of suicidal acts after major depression in bipolar disorder: a prospective study. *Bipolar Disord* 2006;8:586-95.
241. Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord* 2000;59:107-17.
242. Gilbert, E., & Marwaha, S. (2013). Predictors of employment in bipolar disorder: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 145(2), 156-164.
243. De Abreu, L. N., Nery, F. G., Harkavy-Friedman, J. M., de Almeida, K. M., Gomes, B. C., Oquendo, M. A., & Lafer, B. (2012). Suicide attempts are associated with worse quality of life in patients with bipolar disorder type I. *Comprehensive psychiatry*, 53(2), 125-9.
244. Chen, M., Hsu, J., Huang, K., Su, T., Li, C., Lin, W., . . . Bai, Y. (2019). Risk and coaggregation of major psychiatric disorders among first-degree relatives of patients with bipolar disorder: A nationwide population-based study. *Psychological Medicine*, 49(14), 2397-404.
245. Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet (London, England)*, 360(9340), 1126-30.
246. Heffner, J. L., Strawn, J. R., DelBello, M. P., Strakowski, S. M., & Anthenelli, R. M. (2011). The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: phenomenology and treatment considerations. *Bipolar disorders*, 13(5-6), 439-53.
247. Baethge, C., Tondo, L., Lepri, B., & Baldessarini, R. J. (2009). Coffee and cigarette use: association with suicidal acts in 352 Sardinian bipolar disorder patients. *Bipolar disorders*, 11(5), 494-503.
248. Ostacher, M. J., Lebeau, R. T., Perlis, R. H., Nierenberg, A. A., Lund, H. G., Moshier, S. J., Sachs, G. S., & Simon, N. M. (2009). Cigarette smoking is associated with suicidality in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 11(7), 766-71.
249. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010 Dec;71(12):1617-28.
250. Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., et al. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 20(2), 97-170.

251. Aaltonen K, Näätänen P, Heikkinen M, Koivisto M, Baryshnikov I, Karpov B, Oksanen J, Melartin T, Suominen K, Joffe G, Paunio T, Isometsä E. Differences and similarities of risk factors for suicidal ideation and attempts among patients with depressive or bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2016 Mar 15;193:318-30.
252. Valtonen, H. M., Suominen, K., Mantere, O., Leppämäki, S., Arvilommi, P., & Isometsä, E. T. (2006). Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 8(5 Pt 2), 576–585.
253. Shabani, A., Teimurinejad, S., Kokar, S., Ahmadzad Asl, M., Shariati, B., Mousavi Behbahani, Z., et al. (2013). Suicide Risk Factors in Iranian Patients With Bipolar Disorder: A 21- Month Follow-Up From BDPF Study. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 7(1), 16–23.
254. Azorin, J. M., Kaladjian, A., Adida, M., Hantouche, E., Hameg, A., Lancrenon, S., & Akiskal, H. S. (2009). Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: findings from a French National Cohort. *Comprehensive psychiatry*, 50(2), 115–120.
255. Chaudhury, S. R., Grunebaum, M. F., Galfalvy, H. C., Burke, A. K., Sher, L., Parsey, R. V., Everett, B., Mann, J. J., & Oquendo, M. A. (2007). Does first episode polarity predict risk for suicide attempt in bipolar disorder?. *Journal of affective disorders*, 104(1-3), 245–250.
256. Cha, B., Kim, J. H., Ha, T. H., Chang, J. S., & Ha, K. (2009). Polarity of the first episode and time to diagnosis of bipolar I disorder. *Psychiatry investigation*, 6(2), 96–101.
257. Colom, F., Vieta, E., & Suppes, T. (2015). Predominant polarity in bipolar disorders: refining or redefining diagnosis?. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 132(5), 324–326.
258. Carvalho AF, Dimellis D, Gonda X, Vieta E, McIntyre RS, Fountoulakis KN. Rapid cycling in bipolar disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2014 Jun;75(6):e578-86.
259. Coryell, W., Solomon, D., Turvey, C., Keller, M., Leon, A. C., Endicott, J., Schettler, P., Judd, L., & Mueller, T. (2003). The long-term course of rapid-cycling bipolar disorder. *Archives of general psychiatry*, 60(9), 914–20.
260. Shapiro, J., Timmins, V., Swampillai, B., Scavone, A., Collinger, K., Boulos, C., Hatch, J., & Goldstein, B. I. (2014). Correlates of psychiatric hospitalization in a clinical sample of Canadian adolescents with bipolar disorder. *Comprehensive psychiatry*, 55(8), 1855–61.
261. Thirthalli, J., Prasad, M. K., & Gangadhar, B. N. (2012). Electroconvulsive therapy (ECT) in bipolar disorder: A narrative review of literature. *Asian journal of psychiatry*, 5(1), 11–17.
262. Goodwin, G. M., Haddad, P. M., Ferrier, I. N., Aronson, J. K., Barnes, T., Cipriani, A., et al. (2016). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, 30(6), 495–553.
263. Pacchiarotti, I., Valentí, M., Colom, F., Rosa, A. R., Nivoli, A. M., Murru, A., Sánchez-Moreno, J., & Vieta, E. (2011). Differential outcome of bipolar patients receiving antidepressant monotherapy versus combination with an antimanic drug. *Journal of affective disorders*, 129(1-3), 321–326.

264. Yerevanian BI, Choi YM. Impact of psychotropic drugs on suicide and suicidal behaviors. *Bipolar Disord.* 2013;15:594-621.
265. Bauer, M. S., Wisniewski, S. R., Marangell, L. B., Chessick, C. A., Allen, M. H., Dennehy, E. B., et al. (2006). Are antidepressants associated with new-onset suicidality in bipolar disorder? A prospective study of participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *The Journal of clinical psychiatry*, 67(1), 48–55.
266. Black, D. W., Winokur, G., & Nasrallah, A. (1987). Suicide in subtypes of major affective disorder. A comparison with general population suicide mortality. *Archives of general psychiatry*, 44(10), 878–80.
267. Rosso, G., Albert, U., Bramante, S., Aragno, E., Quarato, F., Di Salvo, G., & Maina, G. (2020). Correlates of violent suicide attempts in patients with bipolar disorder. *Comprehensive psychiatry*, 96, 152136.
268. Marshall M, Shannon C, Meenagh C, Mc Corry N, Mulholland C. The association between childhood trauma, parental bonding and depressive symptoms and interpersonal functioning in depression and bipolar disorder. *Ir J Psychol Med.* 2018 Mar;35(1):23-32.
269. Brown GR, McBride L, Bauer MS, Williford WO; Cooperative Studies Program 430 Study Team. Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: a replication study in U.S. veterans. *J Affect Disord.* 2005 Dec;89(1-3):57-67.
270. Xie P, Wu K, Zheng Y, Guo Y, Yang Y, He J, Ding Y, Peng H. Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. *J Affect Disord.* 2018 Mar 1;228:41-8.
271. Vieira IS, Pedrotti Moreira F, Mondin TC, Cardoso TA, Jansen K, Souza LDM, da Silva RA. Childhood trauma and bipolar spectrum: a population-based sample of young adults. *Trends Psychiatry Psychother.* 2020 Jun;42(2):115-21.
272. Leboyer M, Etain B, Mathieu F, Henry C, Jamain S, Bellivier F. Childhood affective trauma in bipolar affective disorder. *Bipolar Disord* 2007; 9 (Suppl. 1): 9.
273. Janiri D, Sani G, Danese E, Simonetti A, Ambrosi E, Angeletti G, Erbuto D, Caltagirone C, Girardi P, Spalletta G. Childhood traumatic experiences of patients with bipolar disorder type I and type II. *J Affect Disord.* 2015 Apr 1;175:92-7.
274. Bozikas, V. P., Parlapani, E., Ntouros, E., Bargiota, S. I., Floros, G., Nazlidou, E. I., & Garyfallos, G. (2018). Resilience Predicts Social Functioning in Clinically Stable Patients With Bipolar Disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(7), 567–574.
275. Liu, D. W., Fairweather-Schmidt, A. K., Burns, R., Roberts, R. M., & Anstey, K. J. (2016). Psychological Resilience Provides No Independent Protection From Suicidal Risk. *Crisis*, 37(2), 130–139.
276. Hjemdal, O., Friborg, O., & Stiles, T. C. (2012). Resilience is a good predictor of hopelessness even after accounting for stressful life events, mood and personality (NEO-PI-R). *Scandinavian journal of psychology*, 53(2), 174–80.

277. Oquendo, M. A., Currier, D., & Mann, J. J. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors?. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 114(3), 151–8.
278. Weinberg, A., & Klonsky, E. D. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychological assessment*, 21(4), 616–21.
279. Van Rhee, T. E., Murray, G., & Rossell, S. L. (2015). Emotion regulation in bipolar disorder: profile and utility in predicting trait mania and depression propensity. *Psychiatry research*, 225(3), 425–432.
280. Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2018). Psychometric Properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and Its Short Forms in Adults With Emotional Disorders. *Frontiers in psychology*, 9, 539.
281. Swann, A. C., Dougherty, D. M., Pazzaglia, P. J., Pham, M., Steinberg, J. L., & Moeller, F. G. (2005). Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *The American journal of psychiatry*, 162(9), 1680–7.
282. Hatkevich, C., Penner, F., & Sharp, C. (2019). Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry research*, 271, 230–8.
283. Neacsiu, A. D., Fang, C. M., Rodriguez, M., & Rosenthal, M. Z. (2018). Suicidal Behavior and Problems with Emotion Regulation. *Suicide & life-threatening behavior*, 48(1), 52–74.
284. Johnson, S. L., Tharp, J. A., Peckham, A. D., & McMaster, K. J. (2016). Emotion in bipolar I disorder: Implications for functional and symptom outcomes. *Journal of abnormal*