

T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI KADIN HASTALARDA
GEBELİK VE LOHUSALIKTAKİ DUYGUDURUM
EPİZODLARININ HASTALIĞIN SEYRİNE ETKİSİ**

Dr. Elif Özlem CANAZLAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Yaşan Bilge Şair

AYDIN-2020

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bana bilgi ve deneyimlerini aktaran ve tezimin oluşmasında büyük katkıları olan saygıdeğer hocam Dr.Öğr.Üyesi Yaşan Bilge ŞAİR'e, bu süreçte bana mesleki bilgilerini aktaran, desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK'a sonsuz teşekkür ederim. Aynı şekilde, uzmanlık eğitimim süresince mesleki bilgilerini, her türlü katkılarını, zamanlarını esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Ferhan DEREBOY, Prof. Dr. Vesile ALTINYAZAR, Dr.Öğr.Üyesi Bilge DOĞAN, Dr.Öğr.Üyesi Çağdaş Öykü MEMİŞ'e teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca uzmanlık eğitimimde önemli bir yer tutan dış rotasyonlarım sırasında her türlü mesleki birikimlerini ve misafirperverliklerini sunan başta Prof. Dr. Ali AKYOL olmak üzere Prof. Dr. M. Cengiz TATAROĞLU, Prof. Dr. Nefati KIYLIOĞLU, Prof. Dr. Ayça ÖZKUL, Dr.Öğr.Üyesi Utku Oğan AKYILDIZ, Dr.Öğr.Üyesi Ahmet ŞAİR ve tüm Nöroloji Anabilim Dalı çalışanlarına; başta Doç. Dr. Hatice AKSU olmak üzere tüm Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı çalışanlarına teşekkürü borç bilirim. Uzmanlık eğitimim sırasında birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm doktor, psikolog, hemşire, diğer personel arkadaşlarıma ve kendilerinden çok şey öğrendiğim tüm hastalarım teşekkür ederim.

Son olarak bu zorlu süreçte destekleri ile hep yanımda olan aileme, tüm arkadaş ve dostlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Elif Özlem CANAZLAR

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR DİZİNİ.....	iv
TABLO DİZİNİ	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Tarihçesi	3
2.1.3 Tanı ve sınıflandırma.....	4
2.1.4. Epidemiyoloji	11
2.1.5. Etiyoloji	13
2.1.6. Klinik gidişat.....	15
2.1.7.Hormonal değişiklikler ve duygudurumla ilişkisi....	15
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	18
3.1. Uygulama.....	18
3.2. Veri toplama araçları.....	19
3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	19
3.2.2 SCID-I (DSM-IV eksen I tanıları için yapılandırılmış klinik görüşme).....	19
3.2.3.Young mani derecelendirme ölçeği.....	19

3.2.4.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.....	20
3.3. İstatistiksel analiz.....	20
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA.....	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
7.ÖZET.....	44
8.ABSTRACT.....	45
9.KAYNAKLAR.....	46
10.EKLER	53

KISALTMALAR

BPB	: Bipolar Bozukluk
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD-10	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması -10
PMD	: Psikoz manyak depresif
İUB	: İki Uçlu Bozukluk
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
NAP	: Nonafektif psikiyatri
HPA	: Hipotalamik-pituiteradrenal
CRH	: Kortikotropin salgılatan hormon
BOS	: Beyin omurilik sıvısı
ACTH	: Adrenokortikotropik hormon
mrna	: Mesajcı Ribonükleik asit
M.Ö	: Milattan Önce
PMS	: Premenstrüel disforik bozukluk
PMDB	: Premenstrüel sendrom
SCID-I	: Yapılandırılmış klinik görüşme formu
YMDÖ(YMRS)	: Young Mani Derecelendirme Ölçeği
HDÖ(HAM-D)	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
DM	: Diyabetes Mellitus
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Gruplara Göre Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.....	21
Tablo 2. Gruplara Göre Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.....	23
Tablo 3. Gruplara göre sosyodemografik ve klinik özellikler.....	25
Tablo 4. Gebeliği olan bipolar hastaların sosyodemografi ve klinik özellikleri arasındaki korelasyon analizleri.....	27
Tablo 5. Gebelikte atağı olan ve olmayan hastalarda bazı kategorik değişkenlerin karşılaştırılması.....	30
Tablo 6. Gebelikte atağı olan ve olmayan hastalarda bazı sayısal değişkenlerin karşılaştırılması.....	31
Tablo 7. Gebelikte atak geçirme üzerine etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçları.....	33
Tablo 8. Gebelik sonrası atak sayısını yordayan değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçları.....	33

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Manik depresif hastalık olarak da bilinen bipolar bozukluk (BPB), maniden depresyona kadar değişen, biliş ve davranış bozuklukları da dahil olmak üzere sanrılar ve halüsinasyonlar gibi psikotik özelliklerin de eşlik edebildiği karmaşık bir genetik bozukluktur. Epizodik bir hastalık olup, genellikle ataklar arasında tam iyileşme görülür. Yaşam boyu prevalansı %1 kabul edilir (1).

Bipolar I bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 30 yaştır. Başlangıç yaşı aralığı ise çocukluktan (5-6 yaş gibi) 50 yaşına kadar olarak bildirilmiştir. Seyrek olarak daha geç yaşta başlangıç olabilir (2). Cinsiyetler arası prevalans farkı olmadığı kabul edilse de (3) bipolar bozuklukta hastalığın seyri ve klinik prezantasyon cinsiyete göre farklılıklar gösterir. Araştırmalarda genel olarak kadınlarda bipolar tip 2 (4), hızlı döngülülük (5-11), karma epizodlar (7,11), depresif epizodlar (5,7,11), daha geç manik epizod (7) görüldüğü bildirilmiştir. Hızlı döngülülük ve depresif epizod geçirme oranı kadın cinsiyette daha yüksek beklense de kadın ve erkekte eşit bulan çalışmalar da mevcuttur (4).

Cinsiyete bağlı görülen farklılıkların - kesin olarak bilinmemekle birlikte- endokrin temelli olabileceği fikri çeşitli yazarlarca savunulmuş; özellikle de üreme hormonlarının hastalık seyri üzerindeki etkileri üzerinde durulmuştur. (12,13). Üretkenlik dönemi de denem reproduktif dönem boyunca, hormonların duyarlı kadınlarda dalgalanma gösterdikleri dönemlerde duygudurumu etkilediği bilinmektedir. Her geçen gün artmakta olan veriler, hem bipolar bozukluk tanısı olan hem de olmayan kadınlarda duygudurumun reproduktif fazdan etkilendiğini göstermektedir (14-16). Duygudurum veya anksiyete bozukluğu olan kadınlarda hormonal dalgalanma dönemlerinde semptomlar çoğunlukla kötüleşir (12). Pek çok ruhsal bozukluğun (majör depresif bozukluk, panik bozukluk, şizofreni, bulimiya nervoza gibi) veya bedensel hastalığın (migren, astım, epilepsi gibi) premenstrüel dönemde kötüleştiği bilinmektedir (17). Perimenopozal dönemde ilk kez depresif hastalığın ortaya çıkışı için açık bir risk artışı gösterilmiştir. Birçok kadın ilk depresyon atağını bu dönemde yaşar (12). Hamilelikte duygudurum bozukluğu başlama riski artmasa da, duygudurum bozukluğu olan kadınlarda hem gebelik sırasında hem de

sonrasında relaps riski artar (13). BPB tanısı olan kadınlar, gebelik ve doğum sonrası dönemde yüksek relaps riski taşımaktadırlar. Bu dönemde kullanılan ilaçların kesilmesi, relaps oranlarındaki artışta önemli etkiye sahiptir (18). Premenopozal yıllarda da duygusal dengesizlikten hormon değişimleri sorumlu tutulur (19).

Bipolar bozukluk tanısı almış kadın hastalarda gebeliğin ve postpartum dönemde görülen atakların hastalık seyrine etkisi hakkında literatürde oldukça kısıtlı veri bulunmaktadır. Çalışmamızın amacı bipolar bozukluğu olan kadın hastalarda gebeliğin ve/veya postpartum atakların hastalığın seyrine etkisi olup olmadığını , gebelik sırasında herhangi bir epizodun semptomlarının başlayıp başlamadığını, postpartum dönemle arasında fark olup olmadığını araştırmaktır.

ÇALIŞMAMIZIN HİPOTEZLERİ

1. Gebelik sırasında herhangi bir affektif epizoda ait semptomlar başlamaktadır.
2. Gebelik sırasında varolan semptomlar postpartum dönemde ataklara neden olmaktadır.
3. Gebelik ya da postpartum dönemdeki ataklar epizod sıklığını artırmakta ve hastalığın seyrini kötüleştirmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk

2.1.1.Tanım

Daha önce manik depresif bozukluk olarak da bilinen bipolar bozukluk; mani, hipomani ve depresyon atakları ile karakterize kronik bir duygudurum bozukluğudur(20). En yaygın kabul gören tanı sınıflandırmaları DSM-5 ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırması -10 (ICD-10) dur(21).

Bipolar bozukluk (BB), toplumda ortalama %2,4 sıklıkta görülür(22).

2.1.2. Tarihçesi

Eski Ahitte Kral Şaul'un öyküsünde ve Homeros'un İlyada'sındaki Aias'ın intihar öyküsünde depresif durum tanımlanmıştır. Hipokrat ise yaklaşık olarak M.Ö.400 yıllarında ruhsal bozukluklardan bahsederken mani ve melankoli terimlerini kullanmıştır (2). Mani ve melankoliyi aynı hastalığın iki farklı durumu olarak tanımlayan ilk kişi ise M.S 1. yüzyılda yaşamış olan Kapadokyalı Aretaeus dur (23).

Jules Falret 1851-1854 yılları arasında yaptığı gözlemlerle hastaların depresyon ve mani dönemleri yaşadığı folie circulaire (circular madness) adı verilen bir durum tanımlamıştır. 1854'te Baillarger siklik (manik-melankolik) atakları tanımlamak için folie a` double forme terimini kullandı (24). 1882'de Alman psikiyatrist Karl Kahlbaum ise siklotimi terimini kullanarak mani ve depresyonu aynı hastalığın evreleri olarak tanımladı (2). 1896 yılında, Krapelin hastalığın belirtilerini, gidişini ve sonlanışını psikoz manyak depresif (PMD) adı altında tanımladı. Krapelin'in erken bunama ile manik depresif psikozu ayırma çabaları düşünce ve duygulanımın ayırımına denk gelmekle birlikte, Krapelin birincil bir duygulanım bozukluğu olarak manik depresif psikozu hiçbir yerde adlandırmamış olup bu iki hastalığı gidiş özelliklerine göre ayırmıştır. Manik depresif hastalıkta, erken bunamadan farklı olarak, hastalığın yinleme ve düzelme dönemleri ile gittiğini yani döngüsellliğini vurgulamıştır (25).

1952’de Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından yayınlanan DSM I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition) ’de bu hastalık “manik depresif reaksiyon” başlığı altında yer almıştır.

1980 yılında yayınlanan DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition)’te ilk kez “affektif bozukluklar” tanımı kullanılmış ve Major Depresyon ile İUB (İki Uçlu Bozukluk) arasındaki farklar tanımlanmıştır.

1987’de yayınlanan DSM III-R’de affektif bozukluklar kavramı yerine “Duygudurum Bozuklukları” kavramı kullanılmış ve İUB kendi içinde İUB-I ve İUB-II olarak sınıflandırılmıştır.

1994 yılında yayınlanan DSM-IV tanı sınıflamasında İUB; İUB-I, İUB-II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan İUB olarak 4 alt tipe ayrılmıştır. 2000 yılında kullanıma giren DSM-IV-TR sınıflama sisteminde genel tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu tanımı eklenmiştir (26).

2013’te kullanıma giren DSM 5’te ise, DSM-IV-TR’deki farklı olarak İUB ve ilişkili bozukluklar terimi kullanılmıştır. Tanı ve klinik belirtilerin erken saptanması amacıyla mani ve hipomani döneminin A tanı ölçütüne-duygudurum değişikliklerine ek olarak- amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte olağandışı ve sürekli artış eklenmiştir. DSM-V sınıflamasında İUB I de karma dönem tanısı için, hastaların major depresyon ve maninin tüm ölçütlerinin kapsamı gerekliliği kaldırılmıştır. Yerine hipomani, mani ve depresif epizodlara uygulanabilen özellik belirteçleri sınıfına -karma özellikler gösteren- tanımı eklenmiştir (27).

2.1.3 Tanı ve sınıflandırma

Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluklar ın DSM-5’teki sınıflandırılması aşağıdaki şekildedir.

- a) Bipolar I Bozukluk
- b) Bipolar II Bozukluk
- c) Siklotimik Bozukluk

- d) Maddenin/İlacın Yol Açtığı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk
- e) Başka Bir Sağlık Duruma Bağlı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk
- f) Tanımlanmış Diğer İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk
- g) Tanımlanmamış İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk

DSM-5'te "İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında yer alan "İki Uçlu I Bozukluk" ve "İki Uçlu II Bozukluk" aşağıda açıklanmıştır.

İki Uçlu (Bipolar) I Bozukluğu

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

Mani Dönemi

- A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.
- B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derece vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:
 - 1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri,
 - 2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
 - 3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
 - 4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardına geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
 - 5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
 - 6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevin sel kıskırma (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).

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

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

Not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi) esnasında ortaya çıkan ve antidepresan tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde tam bir mani dönemi, bir mani dönemi için dolayısıyla ikiuçlu I bozukluğu tanısı için yeterli bir kanıttır.

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

Hipomani Dönemi

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

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

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri,
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardına geldiğine ilişkin öznel yaşantı.

5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.

6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevin sel kışkırtma (ajitasyon).

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

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

B. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarına gözlenebilir.

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

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

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

İkiüçlü I bozukluğunda hipomani dönemleri sık görülür ancak hipomani dönemlerinin olması ikiüçlü I bozukluğu tanısı konabilmesi gerekli değildir.

Yeğın (Majör) Depresyon Dönemi

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğı) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur;

bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır.

Not: Başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri açıkça kapsamayın.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir).

2. Bütün ya da nerdeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (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 kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

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

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanırsal 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 işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz. Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur. İkiuçlu I bozukluğunda yeğin depresyon dönemleri sık görülür ancak iki uçlu I bozukluğu tanısı konabilmesi için böyle dönemlerin olması gerekli değildir

Not: Önemli bir yitim (kayıp), (örn. önemli bir hastalık ya da yetiyitimi, yas, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, parasal çöküntü) karşısında gösterilen tepkiler arasında A tanı ölçütünde belirtilen, yitimle ilgili düşünüp durma, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir.

Bu gibi belirtiler yaşanan yitime göre uygun bulunabilir ya da anlaşılabilirse de bir yeğin depresyon döneminin yanı sıra önemli bir yitime olağan tepkinin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçütlere göre dışı vurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

İki Uçlu I Bozukluğu

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

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

Belirtiniz: Bunaltılı sıkıntı

Karma özellikler gösteren

Hızlı döngülü

Melankoli özellikleri gösteren

Değişik tür (atipik) özellikleri gösteren

Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren

Duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren

Katatoni ile giden

Doğum zamanı (peripartum) başlayan

Mevsimsel örüntü gösteren

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

İki Uçlu II Bozukluğu

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

B. Hiçbir zaman bir mani dönemi geçirilmemiştir.

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

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

Belirtiniz:

Bunaltılı sıkıntılı

Karma özellikler gösteren

Hızlı döngülü

Melankoli özellikleri gösteren

Değişik tür (atipik) özellikleri gösteren

Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren

Duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren

Katatoni ile giden

Doğum zamanı (peripartum) başlayan

Mevsimsel örüntü gösteren

Siklotimik Bozukluk: En az iki yıl süreyle bir yeğın (majör) depresyon dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan, depresyon belirtilerinin olduğı birçok dönem ve hipomani dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan, hipomani belirtilerinin olduğı birçok dönemin olması ile belirlidir.

Maddenin/İlacın Yol Açtığı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk: Duygudurum bozukluğu madde yoksunluğu ya da İntoksikasyonu sırasında veya sonrasında ya da ilaç alımına bağılı olarak gelişmiştir.

Başka Bir Sağlık Duruma Bağılı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk: Duygudurum bozukluğunun başka bir sağlık durumunun doğrudan patofizyolojisi ile ilgili bir sonucu olduğına dair kanıtlar vardır.

Tanımlanmış Diğer İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk: Kısa süren hipomani ve yeğın (majör) depresyon dönemleri, yeterli belirti göstermeyen hipomani dönemleri ve yeğın (majör) depresyon dönemleri, yeğın (majör) depresyon öyküsü olmaksızın hipomani ve kısa süren siklotimi bu alt başlıkta toplanmıştır.

Tanımlanmamış İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk: İki uçlu ve ilişkili bozukluklardan herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılır (28).

2.1.4. Epidemiyoloji

Yakın zamana kadar bipolar bozuklukta yaşam boyu prevalans %1'in altında kabul edilirdi (25). 11 ülkeden 61392 adet hastanın incelendiğı geniş çaplı bir epidemiyoloji çalışmasında, bipolar bozukluk tip 1 için yaşam boyu yaygınlığın % 0,6, bipolar bozukluk tip 2 için % 0,4, eşik altı belirtileri taşıyan hastalar için %

1,4 ve bipolar bozukluk spektrumunda olan hastalar için bu oranın % 2,4 olduğu bulunmuştur (29).

Farklı ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, örneğin Nijerya'da % 0,1 (30) Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) % 3,3 (31) gibi farklı yaşam boyu yaygınlık oranları rapor edilmiştir.

1996 yılında Weissman ve arkadaşları 10 ülkede (ABD, Kanada, Portekiz, Fransa, Almanya, İtalya, Lübnan, Tayvan, Kore ve Yeni Zelanda) yaptıkları bir çalışmada ülkeler arasında BPB prevalans oranlarının aynı olduğunu, cinsiyetler arasında fark olmadığını ve hastalık başlangıç yaşlarının aynı olduğunu saptamışlardır (3). BPB insidansı için bimodal yaş modeli önerilmekte ve 15-24 ve 45-54 yaşları arasında ,başlangıç yaşı dağılımı açısından iki pikin olduğu varsayılmaktadır (32).

Kadınlarda afektif bozukluklar (mani hariç), anksiyete bozuklukları, NAP (nonafektif psikoz) prevalansı daha yüksekken; erkeklerde madde kullanım bozuklukları ve antisosyal kişilik bozukluğu daha sık görülür (33).

Bipolar hastalarda, kadınlarda depresif atakla başlangıç ve depresif atak baskınlığı, yaşam boyu psikotik depresyon prevalansı ve eksen II komorbid bozuklukları daha sıktır. Bipolar kadınların ailede intihar öyküsü ve ömür boyu intihar girişimi öyküsü olması daha olasıdır. Erkeklerde ise eşzamanlı madde kullanım bozukluğu olma olasılığı daha yüksektir (34). Erkeklerde manik dönem, kadınlardaysa depresif dönem daha yaygındır. Kadınlarda manik dönemde karma özellikler olma ve hızlı döngülülük ihtimali erkeklere göre daha fazladır (2). Bir çalışmada da önceki manik ve depresif atak sayıları açısından cinsiyetler arasında fark bulunamamıştır. Hastalık öyküsünde bir farklılık olmamasına rağmen, kadınlar erkeklerden daha fazla işlev kaybı yaşadıklarını bildirmiştir. Bu sonuç, "iş kaybı" günleri ve "yatakta geçirilen günler" gibi daha nesnel engellilik ölçümleri cinsiyetler arasında herhangi bir fark göstermediğinden dolayı, kadın hastaların daha olumsuz bir öz değerlendirmesi olarak açıklanabilir (35).

Bipolar 1 bozukluk bekar veya boşanmış kişilerde evlilere oranla daha sık görülür. Ancak bu farklılık hastalığın erken yaşta başlaması ve aile içi sorunlara neden olması sebebiyle olabilir.

Yüksek sosyoekonomik sınıflar içinde bipolar 1 sıklığı daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca üniversite mezunu olmayanlarda, üniversite mezunlarına göre bipolar 1 oranı daha yüksektir. Bunun nedeni bipolar bozukluğun erken başlangıç yaşı olabilir (2). Kültürel ve etnik gruplar arasında fark bulunmamıştır (3).

2.1.5. Etiyoloji

Duygudurum bozukluklarının biyolojik ve psikososyal etkenlerin etkileşmesi ile oluştuğu düşünülmektedir. Hastalığın başlangıcında çökkünlük ve mani dönemlerinin psikososyal etkilerle ortaya çıkabildiği ancak hastalık ilerledikçe açık psikososyal etken olmaksızın kendiliğinden ortaya çıkabildiği görülür. Mani ve yineleyici çökkünlüklerde ise biyolojik etkenlerin daha büyük rol oynadığı kabul edilir (25).

Bipolar bozukluğu olan kişilerin akrabalarında, unipolar depresyon, şizoaffectif bozukluk ve şizofreni gibi psikiyatrik rahatsızlıklar daha sık görülmektedir (36).

BB kalıtımıyla ilgili çok sayıda aile, ikiz, evlat edinme ile kromozomal bölge ve aday gen çalışması mevcuttur.

Yapılan ikiz çalışmalarında % 40 – 70 monozigotik konkordans, birinci dereceden akrabalarda % 5 – 10 hastalanma riski ve genel topluma göre 7 kat artmış hastalanma riski oranları bulunmuştur (1). Monozigot ikizlerde eş tanı oranının yüzde yüz olmayışı gen çevre etkileşiminin önemine işaret etmektedir. Son dönemde bipolar bozukluk etiyojisinde epigenetik faktörlerin etkisi araştırılmaya başlanmıştır (37).

Ailede duygudurum bozukluğu öyküsü olan hastalarda hastalığın daha erken başlangıçlı olduğu, daha fazla atak görüldüğü ,daha fazla hızlı döngülülük olduğu ve daha çok özkıym girişiminde bulundukları saptanmış, aile öyküsü olmayan hastalarla karşılaştırıldığında düşük yaşam kalitesi, yüksek nörotisizm ve kişilik bozukluğu skorlarına sahip oldukları belirtilmiştir (38).

BPB kompleks ve multifaktoriyel bir rahatsızlıktır. BPB, genetik kalıtımın en fazla olduğu psikiyatrik bozukluk olarak kabul edilmektedir. Buna rağmen herhangi bir gen kesin olarak tanımlanmamıştır. İkiz çalışmalarına göre konkordans oranının %60-80 arasında olduğu tahmin edilmektedir(39). Ayrıca

tek nükleotid polimorfizmleri (SNP) çalışmaları ile bipolar bozuklukta en fazla çalışılan genler SLC6A4/5-HTT (serotonin transporter geni), BDNF (brain derived neurotrophic factor), DAOA (D-aminoasid oksidaz aktivatör), DTNBP1 (Dysbindin), NRG1 (neurogulin 1), DISC1 (Disrupted in schizophrenia 1) ve genom-wide asosiasyon çalışmaları ile CACNA1C(kalsiyum kanal voltaj bağımlı L tip alfa 1C subünitesi), ANK3 (ankyrin 3) genleridir(40).

Çeşitli kromozom yerleşimleriyle bağlantısını inceleyen pek çok çalışma yayınlanmış ancak hastalığın genetiğinde majör etkisi olan bir kromozom yerleşiminin olmadığı gösterilmiştir (41).

Prenatal viral enfeksiyonların başka psikiyatrik hastalıklar ile ilgili olduğu gibi BPB ile de ilişkisi bildirilmiştir (42). Ancak yakın zamanlı bir derlemede, 10 ayrı enfeksiyöz ajanın değerlendirildiği çalışmaların bulgularının tutarsız olduğu belirtilmiştir (43). Prenatal Toksoplazma gondii enfeksiyonunun BPB ile ilişkili olabileceğini bildirilmiştir (44).

Yapılan pek çok çalışmada duygudurum bozukluğu tanısı alan hastalarda biyolojik anormallikler olduğu saptanmıştır. Genel olarak monoamin nörotransmitterlerden dopamin, norepinefrin, serotonin ve histamin ile ilgili çalışmalar yapılmış olsa da biyolojik aminlerden norepinefrin ve serotonin en çok incelenen iki nörotransmitterdir (2). L-triptofan serotonin öncülüdür ve yüksek dozlarda verildiği zaman mani benzeri tablo oluştuğu bildirilmiştir (45).

Son dönemde tek nörotransmitter sistemindeki sorunlara odaklanmaktan çok; nörodavranışsal sistemler, nöral devrelerin incelenmesine yönelik ilgi artmıştır (2).

Hipertiroidide duygulanım kamçılanması, hipotiroidiye çökkünlüğün sık eşlik etmesi, kadınlarda adet döneminden önce aşırı duyarlılık olması ve doğum sonrası dönemde ruhsal sorunların ortaya çıkabilmesi gibi nedenlerle nöroendokrin dizge incelenmeye başlanmıştır (25).

Çalışmalar nöroendokrin hipotalamik-pituiteradrenal (HPA) aksı ve tiroid bezi üzerine odaklanmıştır.

HPA eksen; hipotalamus, hipofiz ve adrenal korteksi, düzenleyici nöral inputları, çeşitli hormon ve salınım (releasing) faktörlerini içermektedir. Depresyonu olan hastalarda, plazma kortizol düzeyleri sağlıklı kontrollere göre

daha yüksek saptanmıştır. Ciddi duygudurum bozukluğu olan kişilerde CRH (kortikotropin salgılatan hormon) hipersekresyonu, plazma-idrar-BOS'ta (beyin omurilik sıvısı) artmış kortizol düzeyi, ACTH (Adrenokortikotropik hormon)'a artmış kortizol yanıtı, büyümüş hipofiz ve adrenal bezleri ile HPA hiperaktivitesi görülebilmektedir. CRH hipersekresyonunun neden olduğu hiperkortizolemi ve bozulmuş feedback mekanizması, glukokortikoid reseptörlerinde anomali varlığını düşündürmektedir. Suisid kurbanları ile ilgili postmortem çalışmalarda, depresyonu olan hastalarda glukokortikoid reseptör anomali kanıtlarına rastlanmıştır . Bipolar bozukluğu olan kişilerin hipokampusunda azalmış glukokortikoid reseptör mRNA'sı gösterilmiştir. Hastalığın tedavisinde kullanılan duygudurum dengeleyici ve antidepresan ilaçların glukokortikoid reseptör mRNA'sını stimüle ederek HPA aksının otoregülasyonunu güçlendirdiği ve böylece CRH salınımı ve kortizol seviyesini azalttığına dair biriken kanıtlar bulunmaktadır (46).

2.1.6. Klinik gidişat

Pek çok çalışmada kadın hastalarda daha sık atak olduğu saptansa da önceki manik ve depresif atak sayıları açısından cinsiyetler arasında fark bulunamayan çalışmalar da mevcuttur. Bipolar hastalarda işlevsellik düzeyinde bozulma hastalıkla beraber başlar ve hastalık ilerledikçe artar. Ötimik dönemde de bazı bozulmalar izlenebilir. Bipolar hastaların çoğu, hastalık dönemleri arasında eski işlevselliğine dönmekle birlikte, önemli oranda duygudurum dengesizliği göstermekte, insan ilişkilerinde ve mesleki alanlarda güçlükler yaşayabilmektedir (35).

2.1.7. Hormonal değişiklikler ve duygudurumla ilişkisi

Üreme çağı boyunca, kadınların büyük kısmında adet kanamasından önceki günlerde farklı şiddetlerde psikolojik ve/veya bedensel belirtiler ortaya çıkar. Kadın üreme hormonlarının duygudurum ve davranışlardaki dalgalanmalardan sorumlu olduğu düşünülse de olası düzenekler yeterli açıklığa kavuşturulamamıştır. Östrojen, progesteron ve metabolitlerinin düzeyi adet döngüsünün geç luteal ya da premenstrüel döneminde düşer ve adet kanaması boyunca düşük kalır. Kadın üreme hormonlarının serotonin, dopamin, norepinefrin, gamma amino bütirik asit gibi nörotransmitterlerin işlevlerini düzenlediği ve hormon dalgalanmalarının da dolaylı olarak ruhsal yakınmalara

yol açtığı kabul edilmektedir. Adet döngüsü ile ilgili ruhsal değişikliklere milattan önce (M.Ö) 600'de Hippocrates, 11. yüzyılda Salerno'dan Troutula ve Rönesans döneminde pek çok yazar tarafından dikkat çekilmiştir. İlk kez 1931'de Frank premenstrüel gerginlik sendromu kavramını kullanmıştır (47) . 1950'lerde premenstrüel sendrom (PMS), 1987'de DSM-III-R'de geç luteal evre disforik bozukluğu ve 1994'te ise DSM-IV'te premenstrüel disforik bozukluk (PMDB) tanımlandı (17). PMDB örneklerinde yapılan bazı çalışmalar değişmiş serotonin fonksiyonu ve diğer nörotransmitterlerde olası değişikliklerin, endokrin faktörlerin etkisini ileri sürmüştür. PMDD olan kadınlarda depresyon ve postpartum depresyon dahil olmak üzere diğer afektif bozuklukların gelişme riski artmıştır (48) . Adet öncesi bipolara bağlı semptomların alevlendiğini gösteren çalışmalar olduğu gibi (49) hızlı döngülü bipolar kadınları inceleyen başka bir çalışmada menstrüel siklusla bağlantı bulunamamıştır (50) Gonadal steroidlerin, bipolar kadınlar arasında hızlı döngülülük prevalansının artma nedeni olabileceği düşünülmektedir (11) .

Bu bozukluklar arasındaki olası ilişki, hızlı döngü bozukluğu olan 25 hasta ve PMS semptomları için 25 normal kontrol alınarak değerlendirilmiş. Hızlı döngülü bipolar affektif bozukluğu olan hastalarda daha şiddetli PMS formlarına sahip olma eğilimi arttığı görülmüştür (51).

Bipolar Bozukluk (BPB) genellikle 18 ila 30 yaşları arasında teşhis edilen bir zihinsel bozukluktur; bu, birçok kadının hamilelik ve doğum yaşadığı döneme denk gelir (18) . Bu dönemlerde bipolar bozukluğu olan kadınlarda atak riski artmıştır (52) .

Bipolar kadın olgularda iki yaşam dönemi, gebelik ve doğum sonrası dönem, alevlenme ve yinelenmeler yönünden özel önem taşımaktadır (53). Gebelik ve postpartum dönemlerde, özellikle önceden psikiyatrik hastalıkları olan kadınlarda, depresif ataklar için nispeten riskin arttığı kabul edilir (54). Bir çocuğun, özellikle de ilk çocuğun doğumu birçok farklı şekilde anne için stres nedeni olabilir . Anneyi işi bırakmaya ve evde tutmaya zorlayarak, ailenin gelirini azaltarak, konut değişikliği gerektirerek ve her şeyden önce sorumluluk yükleyerek yeni bir duruma sokar (55) . Depresyon hamilelik sırasında yaygın olarak görülürken (56) postpartum dönemde de mental hastalık başlama riskinin arttığı kabul edilir (19). Hollanda da anne bebek takibi yapılan bir merkezde 250 başvuru incelenmiş, afektif bozuklukların postpartum dönemde

hastanede yatan hastalarda yaygın olduğu gösterilmiştir(örneğin % 54'ünde) (57). Hamilelik ve postpartum dönemler, kadınlar için bipolar bozukluk riskinin arttığı dönemlerdendir, bu dönemlerde tanılar yeterince iyi sorgulanmaz ve tedavide aksaklık olur (19) . Yaygın klinik izlenim, bipolar bozukluğu ve daha önce doğum sonrası atakları olan kadınların en yüksek risk kategorisinde olduğudur (58) .



3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Uygulama

Araştırmamız retrospektif kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya Ağustos 2018-Şubat 2020 ayları arasında, araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı olarak kabul eden Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi'nde BPB tanısı ile serviste veya ayaktan takip ile tedavi görmekte olan , çalışmaya katılmayı kabul eden 93 kadın hasta alınmıştır. Çalışmayla ilgili bilgilendirilmelerinin ardından; onam formunu imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ile görüşme yapıp sosyodemografik ve klinik veri formu doldurulmuştur. Çalışmaya alınan hastalarda BBP tanısının doğrulanması ve ek tanılarının araştırılması amacıyla DSM-4-TR eksen-1 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-I) uygulandı. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDÖ) ve katılımcıların sosyodemografik verilerinin ve hastalıklarının klinik özelliklerine ilişkin bilgilerin kaydedilmesi için tarafımızca hazırlanmış form kullanılmıştır. Katılımcıların yaş, eğitim, medeni durum, tanı yaşı, tanı öncesi ataklar, gebelik öyküsü, gebelik sırasında herhangi bir atak geçirip geçirmediği, atak geçirdiyse tipi, bebeğin cinsiyeti, gebelik sırasında diyabetes mellitus (DM), ilaç kullanımı , alkol-madde kullanımı, preeklampsi hikayesi, geçirilen toplam atak sayısı gibi bilgiler hastanın kendisinden edinilmiştir.

Araştırmaya Alınma Ölçütleri:

1. Bipolar bozukluk tanısı ile izleniyor olması
2. Kadın olmak

Dışlama ölçütleri:

1. Unipolar majör depresyonu olan hastalar
2. Şizoaffektif bozukluk ya da şizofreni tanısı olan hastalar
3. Erkek cinsiyet
4. Görüşmeyi sürdürmeyecek düzeyde zihinsel ya da fiziksel rahatsızlığının olması
5. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olmak

3.2. Veri toplama araçları

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu:

Bu form bu çalışma için hazırlanmıştır. Çalışmanın amacına yönelik araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Bu formda yaş, eğitim, medeni durum, tanı yaşı, tanı öncesi ataklar, gebelik öyküsü, gebelik sırasında herhangi bir atak geçirip geçirmediği, atak geçirdiyse tipi, bebeğin cinsiyeti, gebelik sırasında DM, ilaç kullanımı, alkol-madde kullanımı, preeklampsi hikayesi, geçirilen toplam atak sayısı gibi bilgilerin elde edilmesine yönelik maddeler yer almaktadır.(EK-1)

3.2.2 SCID-I (DSM-IV eksen I tanıları için yapılandırılmış klinik görüşme)

SCID-I First ve ark. tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir (59).Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Özkürkçügil ve ark. tarafından yapılmıştır. Eksen-I psikiyatrik bozukluk tanılarını araştırmak amacıyla görüşmeci tarafından uygulanan DSM tanı ölçütlerine göre herhangi bir birinci eksen tanısının, geçmişte ve/veya son bir ay içinde olup olmadığının araştırılmasını sağlayan yapılandırılmış bir klinik görüşme çizelgesidir. Bilgi kaynakları hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamdaki gözlemler ve tıbbi kaynaklardır. Altı modülden oluşmakta olup; iki modül duygudurum epizodları ve duygudurum bozuklukları, iki modül psikotik belirtiler ve psikotik bozukluklar, madde kullanım bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ve diğer bozukluklar birer modülde değerlendirilmektedir (60).

3.2.3.Young mani derecelendirme ölçeği

Young ve ark. tarafından manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak geliştirilmiştir (61). Hastanın son 48 saatlik süre dilimi içindeki durumu esas alınarak yapılan görüşme ve gözlemlere dayanarak değerlendirilir. Toplam 11 maddeden oluşan ölçeğin yedi maddesi beşli, dört maddesi ise dokuzlu Likert tipinde değerlendirmeden oluşmaktadır. Her bir maddeden elde edilen puanların toplanması ile ölçek toplam puanı hesaplanır. Türkçe

sürümünün güvenilirlik ve geçerlilik araştırması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. İktutarlık katsayısı %79 olarak, çalışmacıların ölçek maddeleri arasındaki fikir birliği % 63,3- 95,5 ; kappa değerleri 0,114-0,849 arasında bulunmuştur (62).

3.2.4.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

Hamilton tarafından, depresyon tanısı almış hastalarda, depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş ve görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir (63). Hamilton tarafından 17 maddeli olarak geliştirilen ölçeğe sonraki yıllarda bazı maddeler eklenmiş ve 21 ve 24 maddeli ölçekler geliştirilmiştir. Depresif mizaç, özkıym, iş ve aktivitelerde yitim, retardasyon, ajitasyon, gastrointestinal belirtiler, genel somatik belirtiler, hipokondriyak belirtiler, içgörü, iştah ve kilo kaybı, uykusuzluk ve anksiyete gibi alt gruplar bulunur. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (64).

3.3. İstatistiksel analiz

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma (minimum - maksimum değer) ve kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılımını ölçmek için Kolmogorov Smirnov testi kullanılmıştır. Veri, dağılımı normal olmadığı için sürekli değişkenlerin analizi Student T test ile yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma (minimum - maksimum değer) ve kategorik değişkenler sayı (yüzde) olarak verilmiştir.Üç grup olduğundan ve normal dağılım olmadığından dolayı Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır.

4.BULGULAR

Bipolar bozukluk tanılı kadın hastalardan gebelik öyküsü olan 73 ve gebelik öyküsü olmayan 20 olgu olmak üzere 93 hasta çalışmaya alındı. Gebelik öyküsü olan grup ise gebelikte atağı olan 22 olgu ve gebelikte atağı olmayan 51 olgu vardı.

Tablo 1. Gruplara Göre Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

	Gebeliği – (N=20)	Gebelik + Atak – (N=51)	Gebelik + Atak + (N=22)	χ^2	df	p
	Ortalama $\pm$ SD	Ortalama $\pm$ SD	Ortalama $\pm$ SD			
Yaş	30.10 $\pm$ 11.11	48.29 $\pm$ 11.64	38.86 $\pm$ 8.62	28.37	2	<0.001
Eğitim	12.10 $\pm$ 3.78	8.31 $\pm$ 4.25	9.0 $\pm$ 3.98	11.27	2	0.004
Hastalık başlangıç yaşı	21.35 $\pm$ 6.00	31.94 $\pm$ 10.44	23.59 $\pm$ 7.17	21.97	2	<0.001
	23.75 $\pm$ 6.43	34.39 $\pm$ 10.96	29.00 $\pm$ 7.13	18.02	2	<0.001
Geçirdiği toplam atak sayısı	9.95 $\pm$ 18.24	14.22 $\pm$ 23.72	31.00 $\pm$ 54.57	7.72	2	0.02
HAM-D	6.95 $\pm$ 6.66	7.02 $\pm$ 6.79	8.41 $\pm$ 7.21	0.87	2	0.64
YBOCS	3.50 $\pm$ 6.81	1.24 $\pm$ 2.54	4.27 $\pm$ 5.30	5.33	2	0.07

Çalışmamıza dahil edilen hastalar gebelik öyküsü olmayan, gebelikte atağı olan ve gebelikte atağı olmayan olarak üç gruba ayrıldı. Bu üç grup istatistik olarak yaş , eğitim, hastalık başlangıç yaşı, hastalık tanı yaşı, geçirilen toplam atak sayısı, ham-d puanı, ymdö puanı açısından incelendi. Üç grup arasında yaş , eğitim, hastalık başlangıç yaşı, hastalık tanı yaşı, geçirilen toplam atak sayısı açısından anlamlı fark saptandı.

Gruplar arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.01$). Gebeliği olmayan grupta yaş ortalaması 30.10

iken, gebelikte atağı olmayan grupta 48.29 , gebelikte atağı olan grupta 38.86'ydı.

Gruplar arasında eğitim süresi ortalamaları açısından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu ($p<0.01$). Gebeliği olmayan grupta eğitim süresi ortalaması 12.10 iken, gebelikte atağı olmayan grupta 8.31, gebelikte atağı olan grupta 9'du.

Gruplar arasında hastalık başlangıç yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Gebeliği olmayan grupta hastalık başlangıç yaş ortalaması 21.35 iken, gebelikte atağı olmayan grupta 31.94, gebelikte atağı olan grupta 23.59'du.

Gruplar arasında hastalık tanı konma yaşı ortalamaları açısından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Gebeliği olmayan grupta hastalık tanı konma yaşı ortalaması 23.75 iken, gebelikte atağı olmayan grupta 34.39, gebelikte atağı olan grupta 29'du.

Gruplar arasında geçirilen toplam atak sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Gebeliği olmayan grupta geçirilen toplam atak sayısı ortalaması 9.95 iken, gebelikte atağı olmayan grupta 14.22, gebelikte atağı olan grupta 31'di.

Gruplar arasında HAM-D puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Gruplar arasında YMDÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 2.Gruplara Göre Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

	Gebelik + (n:73)		Gebelik - (n:20)		Statistical analysis	
	Mean	SD	Mean	SD	U	P
Yaş	45.45	11.60	30.10	11.11	245.000	<0.001
Eğitim	8.52	4.16	12.10	3.78	380.000	0.001
Aylık gelir	3779.73	3644.36	3745.0	2143.50	726.000	0.97
Hastalık başlangıç yaşı	29.42	10.28	21.35	6.00	365.000	0.001
Hastalık tanı yaşı	32.77	10.22	23.75	6.43	331.000	<0.001
Geçirilen toplam atak sayısı	19.35	36.46	9.95	18.24	494.000	0.03
HAM-D	7.44	6.90	6.95	6.66	703.000	0.80
YMDÖ	2.15	3.82	3.50	6.81	662.500	0.48

Çalışmamıza dahil edilen hastalar önce gebelik öyküsü olan ve gebelik öyküsü olmayan olarak iki gruba ayrıldı.Bu iki grup istatistik olarak yaş , eğitim, aylık gelir, hastalık başlangıç yaşı, hastalık tanı yaşı, geçirilen toplam atak sayısı, ham-d puanı, ymdö puanı açısından incelendi.İki grup arasında yaş , eğitim, hastalık başlangıç yaşı, hastalık tanı yaşı, geçirilen toplam atak sayısı açısından anlamlı fark saptandı.

Gruplara göre gebelik öyküsü olan ve gebelik öyküsü olmayan olguların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu ($p<0.01$). Gebelik öyküsü olmayan grubun yaş ortalaması, gebelik öyküsü olan gruba göre anlamlı derecede düşüktü ($p<0.001$). Gebelik öyküsü olan grupta yaş ortalaması 45.45 iken, gebelik öyküsü olmayan grupta 30.10 du.

Gruplara göre gebelik öyküsü olan ve gebelik öyküsü olmayan olguların eğitim süreleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Gebelik öyküsü olmayan grubun eğitim süresi ortalaması, gebelik öyküsü olan gruba göre anlamlı derecede yüksekti ($p=0.001$). Gebelik öyküsü olan grupta eğitim yılı ortalaması 8.52 yıl iken, gebelik öyküsü olmayan grupta 12.10 du.

Gruplara göre gebelik öyküsü olan ve gebelik öyküsü olmayan olguların aylık gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Gruplara göre gebelik öyküsü olan ve gebelik öyküsü olmayan olguların hastalık başlangıç yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p<0,01$). Gebelik öyküsü olmayan grubun hastalık başlangıç yaş ortalaması, gebelik öyküsü olan gruba göre anlamlı derecede düşüktür ($p=0.001$). Gebelik öyküsü olan grupta hastalık başlangıç yaş ortalaması 29.42 iken, gebelik öyküsü olmayan grupta 21.35 di.

Gruplara göre gebelik öyküsü olan ve gebelik öyküsü olmayan olguların hastalık tanı konma yaşı ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p<0,01$). Gebelik öyküsü olmayan grubun hastalık tanı konma yaş ortalaması, gebelik öyküsü olan gruba göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0.001$). Gebelik öyküsü olan grupta hastalık tanı konma yaş ortalaması 32.77 iken, gebelik öyküsü olmayan grupta 23.75 di.

Gruplara göre gebelik öyküsü olan ve gebelik öyküsü olmayan olguların geçirilen toplam atak sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p<0,05$). Gebelik öyküsü olan grubun geçirdiği toplam atak sayısı ortalaması, gebelik öyküsü olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksekti ($p=0.03$). Gebelik öyküsü olan grubun geçirdiği toplam atak sayısı ortalaması 19.35, gebelik öyküsü olmayan grupta 9.95 ti.

Gruplara göre gebelik öyküsü olan ve gebelik öyküsü olmayan olguların HAM-D puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Gruplara göre gebelik öyküsü olan ve gebelik öyküsü olmayan olguların YMDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 3.Gruplara Göre Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

	Gebelik + (n:73)		Gebelik - (n:20)		İstatistiksel analiz		
	N	%	N	%	X ²	df	P
<u>Medeni durum</u>					31.20	3	<0.001
Evli	49	67.1	7	35.0			
Bekar	2	2.7	10	50.0			
Dul	7	9.6	1	5.0			
Boşanmış	15	20.5	2	10.0			
<u>Aile hikayesi</u>					0.15	1	0.69
Var	37	50.7	11	55.0			
Yok	36	49.3	9	45.0			
<u>Sigara</u>					0.68	1	0.40
Var	29	39.7	10	50.0			
Yok	44	60.3	10	50.0			
<u>Alkol</u>					5.66	1	0.01
Var	9	12.3	7	35.0			
Yok	64	87.7	13	65.0			
<u>Madde</u>					2.01	1	0.15
Var	2	2.7	2	10.0			
Yok	71	97.3	18	90.0			
<u>İlk atak türü</u>					3.33	2	0.18
Hipomani	1	1.4	1	5.0			
Mani	29	39.7	4	20.0			
Depresyon	43	58.9	15	75.0			

Gruplara göre olguların medeni durumları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu ($p<0.01$). Olgular medeni durumları açısından değerlendirildiğinde, gebelik öyküsü olan grubun % 67.1'i evli (n:49), %2.7'si bekar(n:2), % 9.6'sı dul (n:7), % 20.5'i boşanmıştı(n:15). Gebelik öyküsü olmayan grupta % 35'i evli (n:7), %50'si bekar (n:10), %5i dul (n:1), %10'u boşanmıştı (n:2).

Gruplara göre olguların aile öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Gruplara göre olguların sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Gruplara göre olguların alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.01$). Olgular alkol kullanımı açısından değerlendirildiğinde

gebelik öyküsü olmayan grupta alkol kullanım oranı daha yüksekti. Oranlar gebelik öyküsü olmayan grupta % 35, gebelik öyküsü olan grupta %12.3'tü.

Gruplara göre olguların madde kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olgular ilk atak türü açısından değerlendirildiğinde ilk atağın depresyon olma oranı gebeliği olan grupta %58.9 (n=43), gebeliği olmayan grupta % 75 (n=15) bulunmuştur. İlk atağın mani olma oranı gebeliği olan grupta %39.7 (n=29), gebeliği olmayan grupta % 20 (n=4). İlk atağın hipomani olma oranı gebeliği olan grupta %1.4 (n=1), gebeliği olmayan grupta % 5 (n=1) idi. Olguların ilk atak türü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).



Tablo 4. Gebeliği olan bipolar hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri arasındaki korelasyon analizleri

	Geçirdiği toplam atak sayısı	Eğitim	Aylık gelir	Hastalık başlangıç yaşı	Hastalık tanı yaşı	Gebelikteki toplam atak sayısı	Gebelik sonrası toplam atak sayısı	İlk gebelik yaşı	Gebelik öncesi toplam atak sayısı
Geçirdiği toplam atak sayısı	1	0.32	-0.17	-0.40**	-0.39**	0.24*	0.93**	-0.07	0.32
Eğitim		1	0.23	0.01	-0.02*	0.05	0.04	0.28*	0.11
Aylık gelir			1	0.07	-0.01	-0.18	-0.09	0.15	-0.21
Hastalık başlangıç yaşı				1	0.86**	-0.41**	-0.20	0.06	-0.49**
Hastalık tanı yaşı					1	-0.27*	-0.22	0.03	-0.45**
Gebelikteki toplam atak sayısı						1	0.07	-0.22	0.11
Gebelik sonrası toplam atak sayısı							1	-0.14	0.09
İlk gebelik yaşı								1	0.25*
Gebelik öncesi toplam atak sayısı									1

- $P < 0.05$, ** $p < 0.01$, $n = 73$
- r değeri için
 < 0.2 ise çok zayıf veya anlamsız korelasyon
 $0.2-0.4$ arasında zayıf korelasyon
 $0.4-0.6$ arasında orta şiddette korelasyon
 $0.6-0.8$ arasında yüksek korelasyon
 > 0.8 ise çok yüksek korelasyonu gösterir

Kişilerin geçirdiği toplam atak sayısı ile hastalık başlangıç yaşı arasında, istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette negatif korelasyon bulundu ($r: -0.40$,

$p<0.01$). Hastalık başlangıç yaşı azaldıkça kişilerin geçirdiği toplam atak sayısı artmaktadır.

Kişilerin geçirdiği toplam atak sayısı ile hastalık tanı yaşı arasında, istatistiksel olarak anlamlı zayıf negatif korelasyon bulundu. ($r:-0.39$, $p<0.01$) Hastalık tanı yaşı azaldıkça kişilerin geçirdiği toplam atak sayısı artmaktadır.

Kişilerin geçirdiği toplam atak sayısı ile gebelikte geçirdiği toplam atak sayısı arasında, istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon bulundu ($r:0.24$, $p<0.05$). Gebelikte geçirilen toplam atak sayısı arttıkça kişilerin geçirdiği toplam atak sayısı da artmaktadır.

Kişilerin geçirdiği toplam atak sayısı ile gebelik sonrası geçirdiği toplam atak sayısı arasında, istatistiksel olarak anlamlı çok yüksek pozitif korelasyon bulundu ($r:0.93$, $p<0.01$). Gebelikte geçirilen toplam atak sayısı arttıkça kişilerin gebelik sonrası geçirdiği toplam atak sayısı da artmaktadır.

Kişilerin aldığı eğitim süresi ile hastalık tanı yaşı arasında, istatistiksel olarak anlamlı çok zayıf negatif korelasyon bulundu ($r:-0.02$, $p<0.05$). Hastalık tanı yaşı azaldıkça kişilerin almış olduğu eğitim süresi artmaktadır.

Kişilerin aldığı eğitim süresi ile ilk gebelik yaşı arasında, istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon bulundu ($r:0.28$, $p<0.05$). Kişilerin aldığı eğitim süresi arttıkça ilk gebelik yaşı da artmaktadır.

Aylık gelir miktarı ile hiçbir değişken anlamlı bir korelasyon göstermemiştir.

Kişilerin hastalık başlangıç yaşı ile hastalık tanı yaşı arasında, istatistiksel olarak anlamlı çok yüksek pozitif korelasyon bulundu ($r:0.86$, $p<0.01$). Kişilerin hastalık başlangıç yaşı arttıkça hastalık tanı yaşı artmaktadır.

Kişilerin hastalık başlangıç yaşı ile gebelikteki toplam atak sayısı arasında, istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette negatif korelasyon bulundu. ($r:-0.41$, $p<0.01$) Kişilerin hastalık başlangıç yaşı azaldıkça gebelikteki toplam atak sayısı artmaktadır.

Kişilerin hastalık başlangıç yaşı ile gebelik öncesi toplam atak sayısı arasında, istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette negatif korelasyon bulundu ($r:-0.49$,

$p<0.01$). Kişilerin hastalık başlangıç yaşı azaldıkça gebelik öncesi toplam atak sayısı artmaktadır.

Kişilerin hastalık tanı yaşı ile gebelikteki toplam atak sayısı arasında, istatistiksel olarak anlamlı zayıf negatif korelasyon bulundu ($r:-0.27$, $p<0.05$). Kişilerin hastalık tanı yaşı azaldıkça gebelikteki toplam atak sayısı artmaktadır.

Kişilerin hastalık tanı yaşı ile gebelik öncesi toplam atak sayısı arasında, istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette negatif korelasyon bulundu ($r:-0.45$, $p<0.01$). Kişilerin hastalık tanı yaşı azaldıkça gebelikteki toplam atak sayısı artmaktadır.

Kişilerin ilk gebelik yaşı ile gebelik öncesi toplam atak sayısı arasında, istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon bulundu ($r:0.25$, $p<0.05$). Kişilerin ilk gebelik yaşı arttıkça gebelik öncesi toplam atak sayısı artmaktadır.

Tablo 5. Gebelikte atağı olan ve olmayan hastalarda bazı kategorik değişkenlerin karşılaştırılması

	Gebelikte atak+ (n:22)		Gebelikte atak - (n:51)		İstatistiksel analiz		
	N	%	N	%	χ^2	df	P
<u>İlk atak türü</u>					5.63	2	0.06
Hipomani	1	4.5	0	0.0			
Mani	5	22.7	24	47.1			
Depresyon	16	72.7	27	52.9			
<u>Gebelik öncesi atak</u>					0.25	1	0.61
Var	5	22.7	9	17.6			
Yok	17	77.3	42	82.4			
<u>Postpartum depresyon</u>					14.13	1	<0.001
Var	13	59.1	8	15.7			
Yok	9	40.9	43	84.3			
<u>Geçirdiği son atak türü</u>					0.09	2	0.95
Hipomani	5	22.7	10	19.6			
Mani	6	27.3	14	27.5			
Depresyon	11	50.0	27	52.9			

Gebelik öyküsü olan 73 hastanın 22 sinde gebelik döneminde atağı olmuştur. 51 hasta gebelikte atak yaşamamıştır.

Olgular ilk atak türü açısından değerlendirildiğinde ilk atağın depresyon olma oranı gebelikte atağı olan grupta %72.7(n=16), gebelikte atağı olmayan grupta % 52.9 (n=27) bulunmuştur. İlk atağın mani olma oranı gebelikte atağı olan grupta %22.7 (n=5), gebelikte atağı olmayan grupta %47.1 (n=24). İlk atağın hipomani olma oranı gebelikte atağı olan grupta %4.5 (n=1), gebelikte atağı olmayan grupta % 0 (n=0). Olguların ilk atak türü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olgular gebelik öncesi atak geçirip geçirmemesi açısından değerlendirildiğinde; gebelikte atağı olan grupta gebelik öncesinde atak geçirme oranı 22.7 (n=5), gebelikte atağı olmayan grupta %17.6 (n=9). Olguların gebelik öncesi atak geçirip geçirmemesi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak -anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olgular postpartum depresyon geçirip geçirmemesi açısından değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu

($p<0.01$). Gebelikte atağı olan grupta postpartum depresyon oranı 59.1 (n=13), gebelikte atağı olmayan grupta %15.7 (n=8).

Olgular son atak türü açısından değerlendirildiğinde son atağın depresyon olma oranı gebelikte atağı olan grupta %50 (n=11), gebelikte atağı olmayan grupta % 52.9 (n=27) bulunmuştur. Son atağın mani olma oranı gebelikte atağı olan grupta %27.3 (n=6), gebelikte atağı olmayan grupta %27.5 (n=14). Son atağın hipomani olma oranı gebelikte atağı olan grupta %22.7 (n=5), gebelikte atağı olmayan grupta % 19.6 (n=10) olarak bulundu. Olguların ilk atak türü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 6. Gebelikte atağı olan ve olmayan hastalarda bazı sayısal değişkenlerin karşılaştırılması

	Gebelikte atak + (n:22)		Gebelikte atak - (n:51)		Statistical analysis	
	Mean	SD	Mean	SD	U	P
Yaş	38.86	8.62	48.29	11.64	304.500	0.002
Eğitim	9.00	3.98	8.31	4.25	520.500	0.61
Aylık gelir	4089.55	6020,66	3646.0	1959.69	450.500	0.18
Hastalık başlangıç yaşı	23.59	7.17	31.94	10.44	281.500	0.001
Geçirilen toplam atak sayısı	31.00	54.57	14.22	23.72	405.500	0.07
Gebelik öncesi geçirilen toplam atak sayısı	1.41	3.97	0.78	3.43	524.000	0.51
Gebelik sonrası geçirilen toplam atak sayısı	28.14	51.24	13.42	23.61	521.000	0.72
HAM-D	8.41	7.21	7.02	6.79	487.000	0.37
YMDÖ	4.27	5.30	1.24	2.54	397.500	0.02

Olgular yaş ortalaması açısından değerlendirildiğinde gebelikte atağı olan ve gebelikte atağı olmayan grup arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılık bulundu ($p<0.01$). Gebelikte atağı olan grupta yaş ortalaması 38.86 iken, gebelikte atağı olmayan grupta yaş ortalaması 48.29'du.

Olgular eğitim açısından değerlendirildiğinde gebelikte atağı olan ve gebelikte atağı olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olgular aylık gelir düzeyi açısından değerlendirildiğinde gebelikte atağı olan ve gebelikte atağı olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Gruplara göre olguların hastalık başlangıç yaş ortalamaları —arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Gebelikte atağı olan grubun hastalık başlangıç yaş ortalaması, gebelikte atağı olmayan gruba göre anlamlı derecede düşüktür ($p=0.001$). Gebelikte atağı olan grupta hastalık başlangıç yaş ortalaması 23.59 iken, gebelikte atağı olmayan grupta 31.94'tü.

Olgular geçirilen toplam atak sayısı açısından değerlendirildiğinde gebelikte atağı olan ve gebelikte atağı olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olgular gebelik öncesi geçirilen toplam atak sayısı açısından değerlendirildiğinde gebelikte atağı olan ve gebelikte atağı olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olgular gebelik sonrası geçirilen toplam atak sayısı açısından değerlendirildiğinde gebelikte atağı olan ve gebelikte atağı olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olgular HAM-D puan ortalaması açısından değerlendirildiğinde gebelikte atağı olan ve gebelikte atağı olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olgular YMDÖ puan ortalaması açısından değerlendirildiğinde gebelikte atağı olan ve gebelikte atağı olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Gebelikte atağı olan grupta YMDÖ puan ortalaması 4.27 iken, gebelikte atağı olmayan grupta 1.24'tü.

Tablo 7. Gebelikte atak geçirme üzerine etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçları

Bağımlı değişken	Bağımsız değişkenler	B	SE	Exp(B) %95 CI	P
Gebelikte atak varlığı	Postpartum depresyon	-1.40	0.68	0.24(0.06-0.94)	0.04
	Yaş	-0.09	0.03	0.91(0.84-0.98)	0.01
	Hastalık başlangıç yaşı	-0.03	0.04	0.96(0.88-1.06)	0.50
	Geçirdiği toplam atak sayısı	0.01	0.01	1.01(0.99-1.03)	0.18

Gebelik döneminde atak geçiren hastalarda anlamlı bulunan postpartum depresyon geçirmiş olma, yaş, hastalık başlangıç yaşı ve geçirilen toplam atak sayısı tekrar regresyon analizi ile değerlendirildi. Gebelikte atağı olan olgularda postpartum depresyon geçirmiş olmanın ve yaştan, hastalık başlangıç yaşı ve geçirilen toplam atak sayısına göre daha ilişkili olduğu bulundu.

Tablo 8. Gebelik sonrası atak sayısını yordayan değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçları

Bağımlı değişken	Bağımsız değişkenler	B	SE	Exp(B) 95 % CI	p	VIF
Gebelik sonrası atak sayısı	Gebelik öncesi atak sayısı	0.260	1.029	2.498(0.444-4.552)	0.018	1.058
	Gebelikteki atak sayısı	0.361	4.783	15.623(6.079-25.168)	0.002	1.129
	Yaş	0.263	0.323	0.783(0.138-1.429)	0.018	1.087
	Hastalığın başlangıç yaşı	-0.206	0.430	-0.695(-1.554-0.164)	0.111	0.650
	Eğitim	0.021	0.884	0.178(-1.587-0.167)	0.841	0.637

Gebelik sonrasında atak sayısını etkilediği belirlenen gebelik öncesi atak sayısı, gebelikteki atak sayısı, yaş, hastalığın başlangıç yaşı, eğitim tekrar analiz ile değerlendirildi. Gebelik sonrasında atak sayısı ile gebelik öncesi atak sayısı, gebelikteki atak sayısı ve yaş arasında anlamlı ilişki saptandı.

5.TARTIŞMA

Bu çalışma bipolar bozukluk tanılı kadın hastalarda, gebelik ve lohusalık dönemindeki atakların hastalığın seyrine etkisini araştırmak amacıyla yapıldı.

Çalışmamıza dahil edilen hastalar gebelik öyküsü olmayan, gebelikte atağı olan ve gebelikte atağı olmayan olarak üç gruba ayrıldı ve yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Gebeliği olmayan grupta yaş ortalaması 30.10 iken, gebelikte atağı olmayan grupta 48.29, gebelikte atağı olan grupta 38.86'ydı. Akarsu ve arkadaşlarının cinsiyete göre klinik özellikleri araştırdığı çalışmada, alınan 30 kadın hastanın yaş ortalaması 38.6'ydı (65). Bizim çalışmamızda, çalışmaya katılan tüm hastaların yaş ortalaması 45.93 ± 12.24 'tür. Bu çalışmada, bizim çalışmamızda olduğu gibi, gebelik hastaların sınıflandırılmasında bir kriter olarak kullanılmıştır. Ek olarak, çalışmamızda hastaların yaş ortalamasının Akarsu ve ark.'nın yaptığı çalışmaya göre daha fazla olmasının nedeni, gebelik öyküsü olan hastaların olmayanlara göre sayıca daha fazla olması olabilir.

Gruplar arasında eğitim süresi ortalamaları açısından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu. Gebeliği olmayan grupta eğitim süresi ortalaması 12.10 iken, gebelikte atağı olmayan grupta 8.31, gebelikte atağı olan grupta 9 'du. Ülkemizde yapılan bir çalışmada bipolar kadınlarda ortalama eğitim süresi 10.3 saptanmıştır (66). Çalışmamızda ise tüm katılımcıların eğitim süresi 8.47 ± 4.15 olarak bulunmuştur.

Gruplar arasında hastalık başlangıç yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Gruplar arasında hastalık başlangıç yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır. Gebeliği olmayan grupta hastalık başlangıç yaş ortalaması 21.35 iken, gebelikte atağı olmayan grupta 31.94, gebelikte atağı olan grupta 23.59'du. Literatürde hastalık başlangıç yaşı için cinsiyetler arası farklılık olmadığını bildiren yayınlar (3) bulunmakla beraber kadınlarda daha ileri yaşta başlangıç (ort:28.7) saptayan çalışmalar da bulunmaktadır (65).

Hastalık tanı yaşı değerlendirildiğinde, gruplar arasında tanı yaşı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Gebelik öyküsü olan grubun hastalık tanı yaşı ortalaması 32.77 iken, gebelik öyküsü olmayan grubun hastalık

tanı yaş ortalaması 23.75' di. Gebeliği olmayan grupta hastalık tanı konma yaşı ortalaması 23.75 iken, gebelikte atağı olmayan grupta 34.39, gebelikte atağı olan grupta 29'du. Rusner ve ark.'nın yaptığı çalışmada bipolar bozukluk için 18 ila 30 yaşları arasında tanı konan bir bozukluk olduğu bildirilmiştir (18). Bizim çalışmamızda gebelik öyküsü olan grup bu sonuçla örtüşmekle beraber gebeliği olmayan grupta ortalama tanı yaşı 32.77 bulunmuştur. Tüm katılımcıların yaş ortalaması 33.35 ± 11.32 'dir. Bu durum çalışmamıza sadece kadın hastaların dahil edilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Geçirilen toplam atak sayıları değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Gebeliği olmayan grupta geçirilen toplam atak sayısı ortalaması 9.95 iken, gebelikte atağı olmayan grupta 14.22, gebelikte atağı olan grupta 31'di. Ülkemizde yapılan düzelme dönemindeki bipolar bozukluk hastalarının kalıntı belirtilerinin klinik özellikler ve işlevselliğe etkisini inceleyen 120 hastanın alındığı bir çalışmada (67) toplam atak sayı ortalaması 8.81 bulunmuştur. Bu bulgular, gebeliğin hastalığın prognozunu negatif yönde etkilediğini göstermekte ve literatürü desteklemektedir (11, 18, 52).

Gruplar arasında, hastaların en son aldıkları HAM-D ve YMRS puanları karşılaştırıldı. Gruplar arasında HAM-D ve YMRS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. Çalışmaya alınan hastaların genelde remisyon döneminde olması nedeni bu sonuç ortaya çıkmış olabilir.

Çalışmamıza dahil edilen hastalar gebelik öyküsü olan ve gebelik öyküsü olmayan olarak iki gruba ayrıldı. Gruplara göre olguların medeni durumları arasında istatistiksel olarak ileri derece anlamlı düzeyde farklılık bulundu. Ülkemizde yapılan bir çalışmada(66) medeni durum açısından bipolar kadın ve erkekler arasında anlamlı fark bulunamamış. Kadın hastalar (n:93) kendi içinde gruplandığında en yüksek oranın %69.9 ile evli grup olduğu bulunmuş, onu %15.1 ile boşanmış grup takip etmiş. Bizim çalışmamızda da gebeliği olan grupta oran olarak bakıldığında en yüksek oran evli grup(%67.1) idi. Onu boşanmış grup(%20.5) izliyordu. Medeni durumla ataklar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Bipolar bozukluğu olan bekar ve evli bireylerde cinsiyetin rolünün incelendiği bir çalışmada(68) evli kadınların önemli ölçüde daha az sıklıkta ve daha az şiddette depresyon geçirdiği bulunmuş. Yine başka bir çalışmada(69) evli bipolar bozukluğu olan kadınların, evli olmayanlara

göre daha az sayıda depresif atak geçirdiği ve depresyon şiddetlerinin daha düşük olduğu belirtilmiş. Majör depresyon için ilişkide cinsiyet farklılıklarının incelendiği bir çalışmada (70) duygusal olarak destekleyici sosyal ilişkilerin, kadınlar için majör depresyona karşı erkeklerden daha büyük ölçüde koruyucu olduğu bulunmuş. Bu sonuçlar kadın hastalarda evlilikteki sosyal desteğin depresyondan koruyucu olabileceğini düşündürmektedir.

Sigara içme oranları, psikiyatrik hastalığı olan kişilerde genel popülasyondan belirgin şekilde daha yüksektir ve afektif bozukluklarda dahil olmak üzere psikiyatrik hastalığı olan kişilerde 2-5 kat daha fazla görüldüğü tahmin edilmektedir (71). Boden ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da (72) bipolar bozukluğu olan annelerin, afektif bozukluğu olmayan annelere göre daha fazla sigara kullandığı saptanmıştır. Çalışmamızda, sağlıklı gönüllüler alınmamıştır ve bu nedenle BPB olanlarda sigara kullanımının fazla olup olmadığını söyleyemeyiz. Gebeliğin olup olmamasına göre olguların sigara kullanıp kullanmamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Boden ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma da (72) bipolar bozukluğu olan annelerin, afektif bozukluğu olmayan annelere göre daha fazla alkol kullandığı saptanmıştır. Gruplara göre olguların alkol kullanıp kullanmamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı. Bipolar bozukluk ve alkolizm sıklıkla birlikte görülür. İki epidemiyolojik araştırma çalışmasında, bipolar bozuklukta alkol bağımlılığının antisosyal kişilik bozukluğu dışındaki diğer tüm psikiyatrik bozukluklardan daha fazla olduğu görülmüştür (73).

BPB'ta madde kullanımı diğer psikiyatrik rahatsızlıklara göre daha fazla görülmektedir(74). BPB olan erkeklerde madde kullanımı kadınlara göre daha fazladır. En fazla alkol kullanımı (%42), sonrasında esrar kullanımı (%17) ve kokain kullanımı (%11) olarak bulunmuştur. Madde kullanımı olanlarda her iki rahatsızlığın başlangıç yaşı daha erken olma eğilimindedir. Araştırmacılara göre madde kullanımı bipolar bozukluğun hem nedeni hem de sonucu olabilir(75). Boden ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (72) bipolar bozukluğu olan annelerin, afektif bozukluğu olmayan annelere göre daha fazla madde kullanım öyküsü olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda, tüm grup ele alındığında, sadece iki hasta madde kullandığını beyan etmiştir. Madde kullananım öyküsü olanlarda hastalık başlangıç yaşı 20.50 ± 3.53 , madde kullanım öyküsü olmayanlarda hastalık başlangıç yaşı 29.53 ± 10.31 olarak bulunmuştur. Literatüre benzer

şekilde madde kullanım öyküsü olanlarda hastalık başlangıç yaşı erken görünse de madde kullanmayan hastalarla arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum madde kullanım öyküsü olanların sayısının az olmasından kaynaklanıyor olabilir. Madde kullanımı öyküsü açısından gebelik hikayesi olan ve olmayan grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Gruplara göre olguların yaşadığı ilk atak türü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Tüm grup değerlendirildiğinde, hastaların %58.9'u ilk atağın depresyon olduğunu, % 20'si mani ve % 5'i hipomani olduğunu bildirmiştir. Depresif ataklar fazla olsa da anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürde (76) ilk atak depresyon sıklığı kadın bipolar bozukluk olguları arasında erkeklere göre daha fazladır. Bipolar bozuklukta hastalığın başlangıcından tanı alana dek geçen süre kadın olgularda erkeklere göre daha uzundur. Buna ek olarak bazı olguların doğru tanı almadan önceki tanıları unipolar depresyondur. Yine İtalya da yapılan 1081 bipolar bozukluk tanılı hastanın katıldığı (%58.1 i kadın) bir çalışmada ilk epizod türleri karşılaştırılmış, %58.9 ile hastalığın en fazla depresif epizodla başladığı saptanmıştır (77).

Çalışmamızda gebelikte atak öyküsü olan grupta, geçirdiği toplam atak sayısı ile hastalık başlangıç yaşı arasında, istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette negatif korelasyon bulundu ($r:-0.40$, $p<0.01$) Hastalık başlangıç yaşı azaldıkça kişilerin geçirdiği toplam atak sayısı artmaktadır. Literatürde (78) hastaların hastalık başlangıç yaş gruplarına göre erken (<20 yaş altı başlangıç, $n:20$) ve geç (>20 yaş başlangıç, $n:23$) olarak ayrıldığı bir çalışmada manik atak sayı ve süreleri, depresif atak sayı ve süreleri ile ilgili hastalık grupları arasında anlamlı fark bulunmamış. Bizim sonuçlarımıza göre hastalığın erken yaşta başlaması atak sayısının daha fazla olmasına ve prognozun olumsuz etkilenmesine neden oluyor gibi görünmektedir. Çocukluk çağında başlayan bipolar bozuklukla ilgili yapılan bir çalışmada(79) daha erken başlangıç yaşının daha hızlı döngülülüğü, daha uzun manik ve depresif atakları, artan madde bağımlılığı riskini ve diğer komorbiditeleri ve yaşam boyu intihar girişimi riski artırdığı gösterilmiştir.

Gebelikte atağı olan grupta geçirdiği toplam atak sayısı ile hastalık tanı yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf negatif korelasyon bulundu. ($r:-0.39$, $p<0.01$) Hastalık tanı yaşı azaldıkça kişilerin geçirdiği toplam atak sayısı artmaktadır. Erken yaşta başlangıcın artmış toplam atak sayısı ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir(79).

Gebelikte atağı olanlarda geçirdiği toplam atak sayısı ile gebelikte geçirdiği toplam atak sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon bulundu. ($r:0.24$, $p<0.05$) Gebelikte geçirilen toplam atak sayısı arttıkça kişilerin geçirdiği toplam atak sayısı da artmaktadır.

Gebelikte atağı olanlarda geçirdiği toplam atak sayısı ile gebelik sonrası geçirdiği toplam atak sayısı arasında, istatistiksel olarak anlamlı çok yüksek pozitif korelasyon bulundu. ($r:0.93$, $p<0.01$) Gebelikte geçirilen toplam atak sayısı arttıkça kişilerin gebelik sonrası geçirdiği toplam atak sayısı artmaktadır. Gebelikte geçirilen ataklar hastalığın prognozunu olumsuz etkiliyor gibi görünmektedir.

Gebelikte atağı olanlarda aldığı eğitim süresi ile hastalık tanı yaşı arasında, istatistiksel olarak anlamlı çok zayıf negatif korelasyon bulundu. ($r:-0.02$, $p<0.05$) Hastalık tanı yaşı azaldıkça kişilerin almış olduğu eğitim süresi artmaktadır. Tanı alınan yaş küçüldükçe hastalar daha erken tedavi almaya başlamakta olduğundan, hastalığın hayatlarına olan olumsuz etkisi azalması nedeni eğitim sürelerinin arttığı düşünülebilir.

Gebelikte atağı olanlarda aldığı eğitim süresi ile ilk gebelik yaşı arasında, istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon bulundu. ($r:0.28$, $p<0.05$) Kişilerin aldığı eğitim süresi arttıkça ilk gebelik yaşı da artmaktadır. 20 ülkede yapılan bir çalışmada bizim sonucumuza benzer şekilde eğitim düzeyi düşük olanlarda ilk gebelik yaşının daha erken olduğu saptanmış(80).

Aylık gelir miktarı ile hiçbir değişken anlamlı bir korelasyon göstermemiştir.

Gebelikte atağı olanlarda hastalık başlangıç yaşı ile hastalık tanı yaşı arasında, istatistiksel olarak anlamlı çok yüksek pozitif korelasyon bulundu. ($r:0.86$, $p<0.01$) Kişilerin hastalık başlangıç yaşı arttıkça hastalık tanı yaşı artmaktadır.

Gebelikte atağı olanlarda hastalık başlangıç yaşı ile gebelikteki toplam atak sayısı arasında, istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette negatif korelasyon bulundu. ($r:-0.41$, $p<0.01$) Kişilerin hastalık başlangıç yaşı azaldıkça gebelikteki toplam atak sayısı artmaktadır. Bu sonuç yapılan bazı çalışmalarla da uyumludur. Akdeniz ve arkadaşlarının yaptığı 72 bipolar hastayı içeren bir çalışmada(52) hastalar gebeliğe bağlı atakları olanlar ($n:23$) ve gebeliğe bağlı atağı olmayanlar ($n:49$) olarak 2 gruba ayrılmış. Gebeliğe bağlı atakları olan

grubun hastalık başlangıç yaşı ortalaması 21.1 , gebeliğe bağlı atağı olmayan grubun hastalık başlangıç yaşı ortalaması 34.1olarak bulunmuş.İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($p:0.0001$) .Gebeliğe bağlı atakları olan grubun hastalık başlangıç yaşı bizim çalışmamızdakine benzer şekilde gebeliğe bağlı atağı olmayan gruptan daha düşük saptanmış.Ancak bu çalışma da bizim çalışmamızdan farklı olarak 2 gruba da postpartum dönem dahil edilmiş.Bizim çalışmamız da gruplar sadece gebelik döneminde atak olup olmamasına göre ayrılmıştı.Bu bulgu gebelikle ilişkili duygudurum bozukluğu olan kadınlarda,yaşamda daha erken yaşta duygudurum bozukluğu başlangıcı öngören diğer çalışmaları desteklemektedir.

Gebelikte atağı olanlarda hastalık başlangıç yaşı ile gebelik öncesi toplam atak sayısı arasında ,istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette negatif korelasyon bulundu. ($r:-0.49$, $p<0.01$) Kişilerin hastalık başlangıç yaşı azaldıkça gebelik öncesi toplam atak sayısı artmaktadır. Yapılan bir çalışmada erken yaşta başlangıcı olanların daha fazla atak geçirdikleri bulunmuştur(79).

Gebelikte atağı olanlarda hastalık tanı yaşı ile gebelikteki toplam atak sayısı arasında ,istatistiksel olarak anlamlı zayıf negatif korelasyon bulundu. ($r:-0.27$, $p<0.05$) Kişilerin hastalık tanı yaşı azaldıkça gebelikteki toplam atak sayısı artmaktadır.Hastalık tanı yaşı azaldıkça başlangıç yaşı da düştüğünden dolayı atak sayısının artması beklenebilir.

Gebelikte atağı olanlarda hastalık tanı yaşı ile gebelik öncesi toplam atak sayısı arasında, istatistiksel olarak anlamlı orta şiddette negatif korelasyon bulundu. ($r:-0.45$, $p<0.01$) Kişilerin hastalık tanı yaşı azaldıkça gebelikteki toplam atak sayısı artmaktadır.

Çalışmamızda gebelikte atak öyküsü olan 73 hastada ilk gebelik yaşı ile gebelik öncesi toplam atak sayısı arasında, istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon bulundu. ($r:0.25$, $p<0.05$) Kişilerin ilk gebelik yaşı arttıkça gebelik öncesi toplam atak sayısı artmaktadır.

Çalışmamızda gebelik öyküsü olan 73 hasta gebelik döneminde atağı olup olmamasına göre 2 gruba ayrıldı. 22 sinin gebelik döneminde atağı varken, 51 hastanın gebelik dönemlerinde atağı yoktu. Gruplara göre olguların yaşadığı ilk atak türü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Yine gebelik öncesi atak sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Ancak, olguların postpartum depresyon atağı geçirme sayıları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı. Gebelikte atağı olan grupta postpartum depresyon atağı olan 13 kişiyken, 9 kişinin atağı olmamıştı. Gebelikte atağı olmayan grupta ise postpartum depresyon atağı olan 8 kişiyken, 43 kişinin atağı olmamıştı.

Gruplara göre olguların geçirdiğı son atak türü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. İstatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen iki grupta da en yüksek oranda depresyon çıkmıştır. Onu mani ve hipomani izlemektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada son atağı depresyon olanların, depresif kalıntı belirtilerinin daha yüksek çıktığını bulunmuş. Bu da depresif belirtilerin daha geç iyileştiğinin bir göstergesi olabilir (67). Kaya ve arkadaşları (81), remisyonda olan ve son atağı depresyon olan hastaların kalıntı depresif belirtilerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur.

Gebelikte atağı olan ve olmayan hastaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Gebelikte atağı olan grubun yaş ortalaması, gebelikte atağı olmayan gruba göre anlamlı derecede düşüktür. Gebelikte atağı olan grupta yaş ortalaması 38.86 iken, gebelikte atağı olmayan grupta 48.29'du. Akdeniz ve arkadaşlarının yaptığı 72 bipolar hastayı içeren bir çalışmada (52) hastalar gebeliğe bağıl atakları olanlar (n:23) ve gebeliğe bağıl atağı olmayanlar (n:49) olarak 2 gruba ayrılmıştır. Gebeliğe bağıl atakları olan grubun yaş ortalaması 33.9, gebeliğe bağıl atağı olmayan grubun yaş ortalaması 50.1 olarak bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış (p:0.0001). Gebeliğe bağıl atakları olan grubun yaş ortalaması bizim çalışmamızdakine benzer şekilde gebeliğe bağıl atağı olmayan gruptan daha düşük saptanmış. Ancak bu çalışma da bizim çalışmamızdan farklı olarak 2 gruba da postpartum dönem dahil edilmiş. Bizim çalışmamız da gruplar sadece gebelik döneminde atak olup olmamasına göre ayrılmıştır.

Gebelikte atağı olan ve olmayan hastaların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Gruplara göre olguların aylık gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Yine bu gruplarda hastalık başlangıç yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu. Gebelikte atağı olan grubun hastalık başlangıç yaş ortalaması, gebelikte atağı olmayan gruba göre anlamlı derecede düşüktür. Gebelikte atağı olan grupta hastalık başlangıç yaş ortalaması 23.59 iken, gebelikte atağı olmayan grupta 31.94'tü. Akdeniz ve ark.'nın yaptığı çalışmada (52) hastalar, gebeliğe bağlı atakları olanlar (n:23) ve gebeliğe bağlı atağı olmayanlar (n:49) olarak 2 gruba ayrılmış. Gebeliğe bağlı atakları olan grubun hastalık başlangıç yaş ortalaması 21.1, gebeliğe bağlı atağı olmayan grubun hastalık başlangıç yaş ortalaması 34.1 olarak bulunmuş. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($p:0.0001$). Gebeliğe bağlı atakları olan grubun hastalık başlangıç yaşı bizim çalışmamızdakine benzer şekilde gebeliğe bağlı atağı olmayan gruptan daha düşük saptanmış. Ancak bu çalışma da bizim çalışmamızdan farklı olarak 2 gruba da postpartum dönem dahil edilmiş. Bizim çalışmamız da gruplar sadece gebelik döneminde atak olup olmamasına göre ayrılmıştı. Bu bulgu gebelik ile ilişkili duygudurum bozukluğu olan kadınlarda, daha erken yaşta duygudurum bozukluğu başlangıcı öngören diğer çalışmaları desteklemektedir.

Gruplar arasında HAM-D puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ancak YMRS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Gebelikte atağı olmayan grupta YMRS puan ortalaması daha düşük bulundu. Gebelikte atağı olan grubun YMRS puan ortalaması 4.27, gebelikte atağı olmayan grubun YMRS puan ortalaması 1.24'tü. Bu sonuçlara göre gebelik sırasında geçirilen atakların sonraki atak sayılarını arttırmaktan ziyade hastalığın şiddeti üzerine etkili olduğu görülmüştür ancak çalışmaya

alınan hastaların genelde remisyon döneminde olmalarından dolayı ölçek puanları düşüktür. Ancak, şimdiki şiddet puanlarının düşük olması daha önceki atakların şiddeti ile ilgili bilgi vermemektedir.

Gebelik döneminde atak geçiren hastalarda anlamlı bulunan postpartum depresyon geçirmiş olma, yaş, hastalık başlangıç yaşı ve geçirilen toplam atak sayısı (toplam atak sayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ancak anlamlılığa yakın bir analiz sonucu bulundu. Bu durum katılımcı sayısının az olmasından kaynaklanıyor olabilir) tekrar regresyon analizi ile değerlendirildi. Gebelikte atağı olan olgularda postpartum depresyon geçirmiş olmanın ve yaşın; hastalık başlangıç yaşı ve geçirilen toplam atak sayısına göre daha ilişkili olduğu bulundu. Erken yaşta hastalık başlangıcı, gebelik atakları üzerinde ve gebelikte geçirilen ataklar postpartum depresyon üzerinde etkili olabilir.

Gebelik sonrasında atak sayısını etkilediği belirlenen gebelik öncesi atak sayısı, gebelikteki atak sayısı, yaş, hastalığın başlangıç yaşı, eğitim tekrar analiz ile değerlendirildi. Gebelik sonrasında atak sayısı ile gebelik öncesi atak sayısı, gebelikteki atak sayısı ve yaş arasında anlamlı ilişki saptandı.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelik ve lohusalık dönemindeki duygudurum ataklarının kadın bipolar hastalarda hastalığın seyrine etkisini araştırdığımız çalışmamız bilgilerimize göre daha önce yapılmamıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, gebelik öyküsü olanlarda hastalık daha geç başlamasına rağmen, daha fazla ataklarla seyrettiği görülmektedir. Buna göre gebelik, hastalığın prognozunu olumsuz etkiliyor gibi görünmektedir.

Bunlarla birlikte çalışmamızda bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Retrospektif olarak hastaların atak dönemleri sorgulandığı için hafıza kaynaklı hatalar olmuş olabilir, bu konu da prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Hasta gruplarının küçük olması da çalışmanın bir diğer kısıtlılığıdır.

Bipolar bozuklukta gebelik döneminde ki atakların gebelikteki seyrine olumsuz etkisi olabilmesi nedeni bipolar kadın hastaların takibinde bu konu da danışmanlık yapılması prognoz açısından iyileşmelere yardımcı olabilir. Gebeliğin, bipolarite üzerindeki etkisinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla hasta ile çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. ÖZET

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI KADIN HASTALARDA GEBELİK VE LOHUSALIKTA Kİ DUYGUDURUM EPİZODLARININ HASTALIĞIN SEYRİNE ETKİSİ

Dr. Elif Özlem CANAZLAR

AMAÇ: Bipolar bozukluğun seyrinin cinsiyetler arasında farklılık gösterdiğini bildiren yayınlar vardır. Kadınlarda hormonal dalgalanma dönemlerinde semptomlar çoğunlukla kötüleşmektedir. Bu çalışma ile bizim amacımız, gebelik dönemlerinin bipolar bozukluk seyrine ne gibi bir etki gösterdiğini araştırmaktır.

METOD: Çalışmaya Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi'nde bipolar bozukluk tanısı ile serviste veya ayaktan takip ile tedavi görmekte olan ,çalışmaya katılmayı kabul eden 93 kadın hasta alınmıştır. Katılımcıların sosyodemografik verileri ayrıntılı olarak alınmış ve SCID-I, YMRS ve HDRS uygulanmıştır.

BULGULAR: Gebelik öyküsü olan kadınlarda hastalık başlangıç yaşı ve tanı yaşı daha geçtir. Gebelikte daha çok depresif ataklar görülmektedir. Gebelikte atağı olanlarda postpartum depresyon daha fazla görülmektedir. Gebelikte atağı olanlarda yaşam boyu atak sayısı daha fazladır ve YMRS puanları daha kötüdür.

SONUÇ: Gebelik ve lohusalık dönemindeki duygudurum ataklarının kadın bipolar hastalarda hastalığın seyrine etkisini araştırdığımız çalışmamız bilgilerimize göre daha önce yapılmamıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, gebelik öyküsü olanlarda hastalık daha geç başlamasına rağmen, daha fazla ataklarla seyrettiği görülmektedir. Buna göre gebelik, hastalığın prognozunu olumsuz etkiliyor gibi görünmektedir. Gebeliğin, bipolarite üzerindeki etkisinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla hasta ile çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: Bipolar Bozukluk, Gebelik, Lohusalık

8. ABSTRACT

THE EFFECTS OF EPISODES IN PREGNANCY AND POSTPARTUM IN WOMEN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER ON THE PROGNOSIS OF THE DISEASE

Dr. Elif Özlem CANAZLAR

OBJECTIVE: There are publications reporting that the course of bipolar disorder differs between genders. Symptoms often worsen during hormonal fluctuations in women. Our aim with this study is to investigate the effect of pregnancy periods on the course of bipolar disorder.

METHOD: 93 female patients who were diagnosed with bipolar disorder at the Aydın Adnan Menderes University Hospital, who were treated in the service or outpatient follow-up, who agreed to participate in the study were included in the study. Sociodemographic data of the participants were taken in detail and SCID-I, YMRS and HDRS were applied.

RESULTS: Disorder onset age and age of diagnosis in women with a history of pregnancy are later. Depressive episodes are more common during pregnancy. Postpartum depression is more common in those with an attack during pregnancy. The number of lifetime attacks is higher in those who have attacks during pregnancy and the YMRS scores are worse.

CONCLUSION: Our study, in which we investigated the effect of mood attacks during pregnancy and postpartum on the course of the disease in female bipolar patients, has not been done before, according to our knowledge. According to the results of the study, in those with a history of pregnancy, although the disease starts later it is observed that it progresses with more attacks. Accordingly, pregnancy seems to negatively affect the prognosis of the disease. Studies with more patients are needed to better understand the effect of pregnancy on bipolarity.

KEY WORDS: Bipolar Disorder, Pregnancy, Postpartum

9.KAYNAKLAR

1. Craddock N and Jones I. Genetics of bipolar disorder. J Med Genet 1999; 36: 585–594.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Duygudurum Bozuklukları. [çev.] Ali Bozkurt. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, 2016; 347-386.
3. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu H-G, et al. Crossnational epidemiology of major depression and bipolar disorder. 1996;276(4):293-9.
4. Baldassano, C. F., Marangell, L. B., Gyulai, L., Nassir Ghaemi, S., Joffe, H., Kim, D. R.,Cohen, L. S. (2005). Gender differences in bipolar disorder: retrospective data from the first 500 STEP-BD participants. Bipolar Disorders, 7(5), 465–470
5. Coryell W, Endicott J, Keller M. Rapidly cycling affective disorder. Demographics, diagnosis, family history, and course. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 126–131.
6. Bauer MS, Calabrese J, Dunner DL et al. Multisite data reanalysis of the validity of rapid cycling as a course modifier for bipolar disorder in DSM-IV. Am J Psychiatry 1994; 151: 506–515
7. Robb JC, Young LT, Cooke RG, Joffe RT. Gender differences in patients with bipolar disorder influence outcome in the medical outcomes survey (SF-20) subscale scores. J Affect Disord 1998; 49: 189–193.
8. Kilzieh N, Akiskal HS. Rapid-cycling bipolar disorder: an overview of research and clinical experience. Psychiatr Clin North Am. 1999; 22: 585–607 (Review).
9. Ishimaru-Tseng TV. Evaluation of late onset bipolar illness during menopause. Hawaii Med J 2000; 59: 51–53 (Review).
- 10.Tondo L, Baldessarini RJ. Rapid cycling in women and men with bipolar manic-depressive disorders. Am J Psychiatry 1998; 155: 1434–1436
- 11.Leibenluft E. Women with bipolar illness: clinical and research issues. Am J Psychiatry 1996; 153: 163–173.
- 12.Payne JL. The role of estrogen in mood disorders in women. Int Rev Psychiatry 2003;15:280-290.

13. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, et al. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *Am J Psychiatry* 2000;157:179-184.
14. Freeman MP, Smith KW, Freeman SA, et al. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *J Clin Psychiatry* 2002;63:284-287.
15. Rasgon N, Bauer M, Glenn T, et al. Menstrual cycle related mood changes in women with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2003;5:48-52.
16. Hay AG, Bancroft J, Johnstone EC. Affective symptoms in women attending a menopause clinic. *British Journal of Psychiatry* 1994;164:513-516.
17. Pearlstein, T., & Stone, A. B. (1998). *PREMENSTRUAL SYNDROME. Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 577-590. Parry, B. (1997). *Psychobiology of Premenstrual Dysphoric Disorder. Seminars in Reproductive Medicine*, 15(01), 55-68.
18. Rusner M, Berg M, Begley C. Bipolar disorder in pregnancy and childbirth: a systematic review of outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):331. Published 2016 Oct 28
19. Khan SJ, Fersh ME, Ernst C, Klipstein K, Albertini ES, Lusskin SI. Bipolar Disorder in Pregnancy and Postpartum: Principles of Management. *Curr Psychiatry Rep*. 2016 Feb 19;18(2):13.
20. Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). *Bipolar disorder. The Lancet*, 387(10027), 1561-1572.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edn (DSM-5). Washington: American Psychiatric Publishing, 2013
22. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. "Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64 (5): 543-552.
23. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord*. 2001 Dec;67(1-3):3-19.
24. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry*. 15 Eylül 2000;48(6):445-57.
25. Öztürk MO, Uluşahin NA. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Ankara, 2015

- 26.**Amerikan Psikiyatri Birliği (Çeviri: E. Körođlu). Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı: Yeniden gözden geçirilmiş tam metin. (DSM-4-TR) 4. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007. p. 151-90.
- 27.**Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. American psychiatric publishing (wwwDSM5org) 2013.
- 28.**American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Çeviri Körođlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısı ve Sayımsal Elkitabı, 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014: 63-89.
- 29.**Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. Arch Gen Psychiatry 2011; 68: 241–251.
- 30.**Gureje O, Lasebikan VO, Kola L, Makanjuola VA. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. Br J Psychiatry. 2006;188:465-471
- 31.**Grant BF, Stinson FS, Hasin DS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Huang B. Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry. 2005;66(10):1205-1215
- 32.**Kroon JS, Wohlfarth TD, Dieleman J, et al. Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. Bipolar Disord 2013; 15: 306–313.
- 33.**Kessler, R. C. (1994). *Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Archives of General Psychiatry, 51(1), 8.*
- 34.**Nivoli, A. M. A. et al. Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. J. Affect. Disord. 133, 443–449 (2011)
- 35.**Özer S, Uluşahin A, Batur S, Kabakçı E, Saka MC. Outcome measures of interepisode bipolar patients in a Turkish sample. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2002; 37(1): 31-37.
- 36.**Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder: successful start to a long journey. Trends Genetic, 2009; 25(2), 99-105.

37. Machado-Vieira R, Ibrahim L, Zarate, Jr CA. Histone deacetylases and mood disorders: epigenetic programming in gene-environment interactions. *CNS neuroscience & therapeutics*. 2011 Dec;17(6):699-704
38. Antypa N, Serretti A. Family history of a mood disorder indicates a more severe bipolar disorder. *J Affect Disord* 2014, 156:178-86.
39. Smoller, Jordan & Finn, Christine. (2003). Smoller JW, Finn CT. Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 123: 48-58. *American journal of medical genetics. Part C, Seminars in medical genetics*. 123C. 48-58. 10.1002/ajmg.c.20013.
40. Szczepankiewicz A. (2013). Evidence for single nucleotide polymorphisms and their association with bipolar disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 1573–1582.
41. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. *Lancet*. 2013 May 11;381(9878): 1654-1662.
42. Simanek AM and Meier HC. Association between prenatal exposure to maternal infection and offspring mood disorders: a review of the literature. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2015; 45: 325–364
43. Barichello T, Badawy M, Pitcher MR, et al. Exposure to perinatal infections and bipolar disorder: a systematic review. *Curr Mol Med* 2016; 16: 106–118
44. De Barros JL, Barbosa IG, Salem H, et al. Is there any association between *Toxoplasma gondii* infection and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2017; 209: 59–65
45. Sobczak S, Honig A, Riedel WJ An. Acute tryptophan depletion in bipolar disorders; literature review and directives for further research. 2000;12(3):69-72.
46. McQuade and Young 2000 McQuade R., and Young A.H.: Future therapeutic targets in mood disorders: the glucocorticoid receptor. *Br. J. Psychiatry* 2000; 177: pp. 390-395.
47. Akdeniz F, Karadağ F. Adet döngüsünün duygudurum bozuklukları üzerine etkisi var mıdır? *Türk Psikiyatri Derg* 2006; 17:296-304.
48. Hendrick, V., Altshuler, L. L., & Burt, V. K. (1996). *Course of Psychiatric Disorders across the Menstrual Cycle*. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(4), 200–207.

- 49.**Rapid cycling affective disorder: contributing factors and treatment responses in 51 patients. (1988). *American Journal of Psychiatry*, 145(2), 179–184.
- 50.**Rapid cycling affective disorder: contributing factors and treatment responses in 51 patients. (1988). *American Journal of Psychiatry*, 145(2), 179–184.
- 51.**Spinelli MG. Neuroendocrine effects on mood. *Rev Endocr Metab Disord* 2005;6:109-115.
- 52.**Akdeniz F, Vahip S, Pirildar S, Vahip I, Doganer I, Bulut I. Risk Factors Associated with Childbearing-Related Episodes in Women with Bipolar Disorder. *Psychopathology*. 2003;36(5):234–8.
- 53.**Rusner et al. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2016) 16:331
- 54.**Gentile S. The safety of newer antidepressants in pregnancy and breastfeeding. *Drug Saf*. 2005;28:137-52.
- 55.**Kendell RE, Wainwright S, Hailey A et al. The influence of childbirth on psychiatric morbidity. *Psychol Med* 1976;6:297-302
- 56.**Nonacs R, Cohen LS. Assessment and treatment of depression during pregnancy: an update. *Psychiatr Clin North Am*. 2003;26(3):547-562.
- 57.**Kloppenhouwer JL, van Hulst AM. Classification of post-partum psychosis: a study of 250 mother and baby admissions in Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:255-6
- 58.**Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJ, Kushner SA, Bergink V. Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 2016;173(2):117-127.
- 59.**First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/CV, Version 2.0). New York, Biometrics Research Department: New York State Psychiatric Institute; 1997
- 60.**Ozkurkcugil A, Aydemir O, Yildiz M, Esen Danacı A, Koroglu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *Ilac ve Tedavi Dergisi* 1999;12:233-236.
- 61.**Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. Arating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978;133:429-35

62. Karadağ F, Oral ET, Yalçın AF, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;13:107-14.
63. Hamilton M., —A ratingscalefordepression,|| J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, vol. 23, pp. 56– 62, 1960.
64. Akdemir, A., et al. "Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı." *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 4.4 (1996): 251-259.
65. Akarsu S, Erdem M, Bolu A, Günay H, Garip B, Ak M et al. Bipolar bozuklukta cinsiyete göre klinik ve sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi* 2012;54:279-283
66. Aldemir, Ebru & Akdeniz, Fisun & Isıklı, Serhan & Bilen, Nesli & Vahip, Simavi. (2016). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda üreme ve cinsel işlevler: Uzmanlaşmış bir duygudurum bozuklukları kliniği verileri. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 67-75. 10.5350/DAJPN2016290107.
67. The effect of residual symptoms on clinical characteristics and functioning of patients with bipolar disorder in remission Mustafa Canbazoğlu, Cengiz Akkaya, Şengül Cangür, Selçuk Kırılı *Anadolu Psikiyatri Derg.* Year: 2013, Volume: 14, Issue: 3: 228-236.
68. Lieberman, D., Massey, S., & Goodwin, F. (2010). The role of gender in single vs married individuals with bipolar disorder.. *Comprehensive psychiatry*, 51 (4)
69. Kesebir, S. , Inanc, L. , Bezgin, C. , & Cengiz, F. (2013). Bipolar Disorder in Women. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 5 (2).
70. Kendler, K. S., Myers, J., & Prescott, C. A. (2005). *Sex Differences in the Relationship Between Social Support and Risk for Major Depression: A Longitudinal Study of Opposite-Sex Twin Pairs. American Journal of Psychiatry*, 162(2), 250–256.
71. Boksa P. Smoking, psychiatric illness and the brain. *J Psychiatry Neurosci.* 2017;42(3): 147–9.
72. Boden R et al. Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: Population based cohort study. *BMJ* 2012; 345:e7085

- 73.** Sonne, S. C., & Brady, K. T. (2002). Bipolar Disorder and Alcoholism. *Alcohol Research & Health*, 26(2), 103–108.
- 74.** Salloum IM, Brown ES. Management of comorbid bipolar disorder and substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2017;43(4):366-376.
- 75.** Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, Lai HM, Sitharthan T. Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990-2015: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;206:331-349.
- 76.** Arnold LM. Gender differences in bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26:595-620.
- 77.** Baldessarini RJ, Tondo L, Visioli C. First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;129(5):383-392.
- 78.** Recep Tütüncü, Sibel Örsel, M. Haluk Özbay. Relationship Between Age of Onset in Bipolar Disorder and Clinical, Prognostic Properties. . 2007; 10(2): 63-68
- 79.** Leverich, Gabriele S. et al. The Poor Prognosis of Childhood-Onset Bipolar Disorder. *The Journal of Pediatrics*, Volume 150, Issue 5, 485 – 490
- 80.** Raymo, James M et al. “Educational differences in early childbearing: A cross-national comparative study.” *Demographic research* vol. 33 (2015): 65-92.
- 81.** Kaya E, Aydemir Ö, Selçuki D. Residual symptoms in bipolar disorder: The effect of the last episode after remission. *Progress in NeuroPsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007;31:1387-92.

10. EKLER

Ek 1.SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

Ad-soyad				
Tel no:				
Yaş:				
Medeni durum	Bekar	evli	dul	boşanmış
Eğitim (yıl olarak):				
Meslek :	Çalışıyor		Çalışmıyor	
Aile hikayesi:				
Ek tanılar(psikiyatrik)				
Aile yapısı	Çekirdek		Geniş	
Sosyoekonomik düzey	Düşük	Orta		İyi
Sigara /alkol/ madde kullanımı	Sigara	alkol		madde
Hastalık tanısı konduğunda yaşı:				
Tanı öncesinde herhangi bir gebelik sırasında depresyon varlığı	Varsa Depresif atak Kaçınıcı gebelikte:		Varsa Atak kaçınıcı trimestırda başladı:	
Postpartum depresyon varlığı				

Gebelikte manik atak	Varsa Kaçınıcı gebelikte:	
Atak gebelik sırasında ise bebeğin cinsiyeti: (atak tipi)		
Atak gebelik sırasında ise bebeğin doğum tarihi: (atak tipi)		
Atak gebelik sırasında ise bebeğin doğum şekli: (atak tipi)		
Menstruasyon yaşı:		
İlk gebelik yaşı		
Gebelikte travma öyküsü	Var	yok
Gebelik sırasında DM	Var	yok
Gebelik sırasında Preaklampsii	Var	yok
Gebelik sırasında enfeksiyon	Var	yok
Gebelik sırasında ilaç kullanımı	Var	yok

EK-2 .SCID-I (DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme klavuzu)

A. DUYGUDURUM EPİZODLARI				
Majör Depresif Epizod				
A. En az 2 hafta süreyle				
A1	Depresif duygudurum	?	-	+
A2	Azalmış ilgi yada zevk alamama	?	-	+
A3	Kilo veya iştah değişimi	?	-	+
A4	İnsomnia/ hipersomnia	?	-	+
A5	Psikomotor ajitasyon/ retardasyon	?	-	+
A6	Yorgunluk/ enerji kaybı	?	-	+
A7	Değersizlik/ Uygun olmayan suçluluk duyguları	?	-	+
A8	Düşünce/ konsantrasyon güçlüğü ya da kararsızlık	?	-	+
A9	Ölüm veya intihar etme düşünceleri	?	-	+
A10	A1-A9 arası maddelerden en az 5 i + kodlanmıştır.	?	-	+
A11	Belirtilerin sıkıntı yada bozulmaya neden olması	?	-	+
A12	Madde kullanımına yada genel tıbbi bağlı değildir	?	-	+

A13	Yas ile açıklanamaz	?	-	+
A14	A10, A11, A12, A13 + kodlanmıştır Tam geçen ay karşılanmışsa burayı işaretleyin	?	-	+ MDE
A15	MD Epizodların sayısı			
	Epizodun başlangıcı			
	Kontrol ediniz:			
	şu anda			
	Geçmiş			
	Geçmişte ise sonlanış			
Manik Epizod				
A16	A. Eleve, taşkın yada irritabl duygudurum	?	- Git A45	+
A17	En az 1 hafta süreyle	?	- Git A45	+
A18	B.1 Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite	?	-	+
A19	B.2 Uyku gereksiniminde azalma	?	-	+
A20	B.3 Daha konuşkan olma	?	-	+
A21	B.4 Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin yarışıyor gibi olması	?	-	+
A22	B.5 Distraktibilite	?	-	+
A23	B.6 Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon	?	-	+
A24	B.7 Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma	?	-	+
A25	B1-B7 arası semptomlardan en az üçü (duygudurum irritabl ise ve kabarmış değilse 4 ü) +	?	- Git A45	+
A26	C. Şiddetli belirgin klinik bozulmaya neden olacak kadar ağır	?	- Git A29	+
A27	D. Madde kullanımına yada genel tıbbi bağlı değildir	?	- Git A45	+
A28	A, B, C, D ölçütleri + Tam geçen ay karşılanmışsa burayı işaretleyin	?	-	+ Mnk Epz
A29	Manik epizodların toplam sayısı			
	Epizodun başlangıcı			
	Kontrol ediniz:			
	şu anda			
	Geçmiş			
	Geçmişte ise sonlanış			
Hipomanik Epizod				
A30	A. En az 4 gün boyunca süren kabarmış, taşkın ya da irritabl duygudurum	?	- Git A45	+
A31	B.1 Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite	?	-	+
A32	B.2 Uyku gereksiniminde azalma	?	-	+
A33	B.3 Daha konuşkan olma	?	-	+
A34	B.4 Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin yarışıyor gibi birbirlerinin peşine gelmesi	?	-	+
A35	B.5 Distraktibilite	?	-	+
A36	B.6 Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon	?	-	+
A37	B.7 Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma	?	-	+
A38	B1-B7 arası semptomlardan en az üçü (ya da duygudurum kabarmış ise dördü) + dir	?	- Git A45	+
A39	C. İşlevsellikte değişiklik olması	?	- Git A45	+
A40	D. Değişikliklerin başkaları tarafından gözlenebiliyor olması	?	- Git A45	+
A41	E. Belirgin bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırmayı gerektirecek derecede ağır değildir ya da psikotik özellik göstermez	?	- Git A26	+
A42	F. Madde kullanımına yada genel tıbbi bağlı değildir	?	- Git A45	+
A43	A, B, C, D, E, F ölçütleri + Tam geçen ay karşılanmışsa burayı işaretleyin	?	-	+ Hipo M Epz
A44	Hipomanik epizodların toplam sayısı			
Distimik Bozukluk				
A45	A. 2 yıl depresif duygudurum	?	-	+
A46	B. 1 İştahsızlık ya da aşırı yemek yeme	?	-	+

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EK-3.Young mani derecelendirme ölçeği

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

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

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

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

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

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

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
 2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
 3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
 4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor
- 5) İritabilite
0. Yok
 2. Kendisi arttığını belirtiyor
 4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
 6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
 8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız
- 6) Konuşma hızı ve miktarı
0. Artma yok
 2. Kendini konuşkan hissediyor
 4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
 6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
 8. Basınçlı. durdurulamayan, sürekli konuşma
- 7) Düşünce yapı bozukluğu
0. Yok
 1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
 2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması
 3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali
 4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal

2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar

4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar

6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri

8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın

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

4. Tehdide varacak derecede talepkar

6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç

8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım

1. Hafif derecede dağınıklık

2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması

3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj

4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor

1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor

2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor

3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor

4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

EK-4.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

1.Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0.yok

1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.

2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.

3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.

4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü ya da sözsüz olarak belirtiyor.

2.Suçluluk duyguları

0. Yok

1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.

2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.

3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.

4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.

3.Ğntihar

0. Yok

1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.

2. “Keşke ölmüş olsaydım” diye düşünüyor ya da benzer düşünceler besliyor.

3. İntiharını düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.

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

4.Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor.

1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.

2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5.Gece yarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorun yok.

1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi

2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın).

6.Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorun yok

1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.

2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7.Çalışma ve aktiviteler

0. Herhangi bir sorun yok.

1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da

başkaları onun kayıtsız, kararsız, müteredit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).

3. Aktivitelerinde harcadığı süre ya da üretimi azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.

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

0. Düşünce ve konuşması normal

1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.

2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.

3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor.

4. Tam stuporda.

9.Ajitasyon

0. Yok

1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.

2. Ellerini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10.Psişik anksiyete

0. Herhangi bir sorun yok.

1. Subjektif gerilim ve irritabilite.

2. Küçük şeylere üzüleniyor.

3. Yüzünden ya da konuşmasından endişeli olduğu anlaşıyor.

4 . Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11.Somatik anksiyete

0. Yok

Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:

1. Hafif

Gastrointestinal: Ağızkuruması,yellenme,sindirim

2. Ilımlı

bozukluğu,kramp,geğirme

3. Şiddetli

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

4. Çok şiddetli

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık
idrara çıkma Terleme

12.Gastrointestinal somatik semptomlar

0. Yok

1. İştahsızlık, karnının şiş olduğunu söylüyor.

2. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13.Genel somatik semptomlar

0. Yok

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

2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

14.Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)

- 0. Yok
- 1. Hafif
- 2. Şiddetli
- 3. Anlaşılamadı.

15.Hipokondriyaklık

- 0. Yok
- 1. Kuruntulu
- 2. Aklını sağlık konularına takmış durumda
- 3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
- 4. Hipokondriyaklık delüzyonları.

16.Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)

A.Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

- 0. Kilo kaybı yok
- 1. Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama
- 2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B.Psikiyatr tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

- 0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama
- 1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama

17.Durumu hakkında görüşü.

- 0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.

1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olmasına bağılıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

