



T.C SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDA YAŞAM BOYU ÖZKIYIM DAVRANIŞININ DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI VE ÖZKIYIMLA İLİŞKİLİ AKUT DUYGUDURUM BOZULMASI İLE İLİŞKİSİ

Dr. Sertaç Alay Öztürk

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2019





T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDA YAŞAM BOYU ÖZKIYIM DAVRANIŞININ DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI VE ÖZKIYIMLA İLİŞKİLİ AKUT DUYGUDURUM BOZULMASI İLE İLİŞKİSİ

Dr. Sertaç Alay Öztürk

Tez Danışmanı: Doç Dr. Medine Yazıcı Güleç

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2019

1. TEŞEKKÜR

Tezimin planlanma ve hazırlanma sürecinde her türlü desteği ve ilgiyi gösteren, mesleki bilgisini tez sürecimde ve uzmanlık eğitimim boyunca benimle paylaşan, beraber çalışmaktan her zaman mutluluk duyduğum değerli hocam Doç. Dr. Medine Yazıcı Güleç' e,

Tezimin hazırlanmasında çok emeği geçen, mesleki bilgisiyle ve etik değerleriyle yol gösterici olan, uzmanlık eğitimim süresince her daim kapsayıcılığını ve destekleyici tutumunu hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Hüseyin Güleç' e, tez ve eğitim sürecimde zorluklarla karşılaştığım durumlarda desteğini ve bilgisini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Rüstem Aşkın' a, huzurlu ve keyifli bir ortamda çalışmamıza vesile olan Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin' e,

Eğitimim süresince değerli bilgi ve deneyimlerini aktararak mesleki eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarım Doç. Dr. Rabia Bilici, Doç. Dr. Engin Emrem Beştepe, Doç. Dr. Yusuf Özay Özdemir, Doç. Dr. Merih Altıntaş, Doç. Dr. Filiz İzci, Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar' a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle eğitimime katkıda bulunan Uzm. Dr. Tuba Öcek Baş, Uzm. Dr.Onur Durmaz, Uzm. Dr. İshak Sayğılı, Uzm. Dr. Erkal Erzincan, Uzm. Dr. Emrah Güleş, Uzm. Dr. Yücel Yılmaz, Uzm. Dr. Murat Yalçın, Uzm. Dr. Salime Gürsoy, Uzm. Burçin Şimşek, Uzm. Dr. Mine Ergelen, Uzm. Dr. Muhsin Koray Kılıç, Uzm. Dr. Başak Ünübol, Uzm. Dr. Aziz Mehmet Gökbakan, Uzm. Dr. Özgül Özdilmen Güçlü, Uzm. Dr. Ferzan Gıynaş, Uzm. Dr. Özlem Kızılkurt, Uzm. Dr. Dicle Bilge Öğüt, Uzm. Dr. Pınar Şen Gökçeimam, Uzm. Dr. Çiğdem Küçükali, Uzm. Dr. Hatice Gönül, Uzm. Dr. Ava Şirin Tav, Uzm. Dr. Alper Baş ve hastanemizin diğer değerli uzman doktorlarına,

Nöroloji rotasyonum esnasında mesleki eğitimime çok değerli katkıları olan Doç. Dr. Saime Füsun Domaç, Prof. Dr. Gülay Kenangil, Uzm. Dr. Mustafa Ülker, Uzm. Dr. Rahşan Karacı ve tüm nöroloji tedavi ekibine,

Çocuk psikiyatri rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, mesleki gelişimime katkıda bulunan Doç. Dr. Özalp Ekinci ve çocuk psikiyatrisi tedavi ekibine,

Uzmanlık eğitimim süresince beraber olmaktan mutluluk duyduğum, tanıdığım için kendimi çok şanslı hissettiğim, benim için özel olan dostlarım Dr. Dicle Çetiner, Dr. Özge Yükselay, Dr. Nazmiye Güçlü, Dr. Levent Tekin, Dr. Dilek Çağlar Tetik' e,

Uzmanlık eğitimim boyunca asistanlık sürecimi mutlu ve huzurlu geçirmemde katkısı olan Uzm. Dr. Hüseyin Fatih Şeker, Dr. Davut Genç, Dr. Mustafa Alp Şenel, Dr. Gülistan Merve Karaca başta olmak üzere uzman olmuş ve halen asistan doktor olan tüm arkadaşlarıma, beraber çalışmaktan çok keyif aldığım Pul servisi hemşireleri başta olmak üzere hastanemizin değerli hemşire ve yardımcı sağlık personeline,

Hayatımın her aşamasında desteğini hissettiğim, üzerimde büyük emekleri olan, çok sevdiğim annem Özen Alay, abim Serhan Alay ve çok özlediğim babam Engin Alay'a,

Benim için her zaman çok özel olan, hayatıma anlamını katan çok sevdiğim eşim Lokman Öztürk' e en içten duygularımla teşekkür ederim.

Dr. Sertaç ALAY ÖZTÜRK

2. İÇİNDEKİLER

1. TEŞEKKÜR i

3. KISALTMALAR vi

4. TABLO DİZİNİ viii

5. ÖZET x

6. ABSTRACT xii

7. GİRİŞ VE AMAÇ 1

8. GENEL BİLGİLER 3

8.1.BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK 3

8.1.1.Tanım 3

8.1.2.Tarihçe 3

8.1.3.Epidemiyoloji 4

8.1.4.Etiyoloji 5

8.1.5.Tanı 5

8.1.6.Mani Dönemi Klinik Özellikler (30) : 10

8.2.MAJOR DEPRESYON BOZUKLUĞU 11

8.2.1.Tanım 11

8.2.2.Tarihçe 11

8.2.3 Epidemiyoloji 12

8.2.4.Etiyoloji 12

8.2.5.Tanı 15

8.2.6.Depresyon Dönemi Klinik Özellikler 16

8.3.ÖZKIYIM 17

8.4.DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI VE ÖZKIYIM İLİŞKİSİ 19

8.5.ÖZKIYIMLA İLİŞKİLİ AKUT DUYGUDURUM BOZULMASI (ÖADB) . 22

9. GEREÇ VE YÖNTEMLER 26
9.1.ÖRNEKLEM 26
9.1.1.Dahil Etme Kriterleri: 26
9.1.2.Dışlama Kriterleri 26
9.2.YÖNTEM 26
9.3.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 27
9.3.1.Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu 27
9.3.2.Yaşamboyu İzlem Çizelgesi 27
9.3.3.Columbia-Özkıyım Şiddetini Derecelendirme Ölçeği 27
9.3.4.Hasta Sağlık Anketi- Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği (HSA- SADBÖ) 28
9.3.5.Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ) 29
9.3.6.Duygudurum Bozuklukları Hasta Kayıt Formu 29
9.3.7.Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) 29
9.3.8.Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması Envanteri- Yaşamboyu ve Güncel (Acute suicidal affective disturbance-ASAD) 30
9.3.9.Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT) 30
9.3.10.Madde Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (MKBTT) 30
9.3.11.Barratt Dürtüsellik Ölçeği- 11(BDÖ- 11) 31
9.4.İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME 31
10. BULGULAR 32
10.1.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER 32
10.2.KLİNİK ÖZELLİKLER 33
10.3.ÇALIŞMA GRUPLARININ ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI 38
10.4.ÇALIŞMA GRUPLARININ COLUMBİA- İNTİHAR ŞİDDETİNİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI 40

10.5.ÇALIŞMA GRUPLARININ ÖADB ŞİDDETİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI 42
10.6.BİPOLAR BOZUKLUK VE MAJOR DEPRESYON HASTALARININ YAŞAMBOYU ÖADB ŞİDDETİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI 43
10.7.ÖADB İLE KLİNİK DEĞİŞKENLERİN KORELASYONU 46
10.8.ÖADB ILE ÖLÇEK PUANLARININ KORELASYONU 47
11. TARTIŞMA 49
11.1.ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLEN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE ÖZKIYIM ÖYKÜSÜNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ 49
11.2.ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLEN HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE ÖZKIYIM ÖYKÜSÜNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ 51
11.3.ÇALIŞMA GRUPLARININ ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI 55
11.4.ÇALIŞMA GRUPLARININ ÖADB ŞİDDETİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI 58
11.5.ÖADB İLE KLİNİK DEĞİŞKENLERİN KORELASYONU 60
11.6.ÖADB İLE ÖLÇEK PUANLARININ KORELASYONU 61
12. SONUÇLAR 64
KAYNAKLAR 65
EKLER 74

3. KISALTMALAR

5-HT: 5- Hidroksi Triptamin

AKB: Alkol Kullanım Bozukluğu

AKBTT: Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi

BB: Bipolar Bozukluk

BB- 1: Bipolar Bozukluk Tip 1

BB- 2: Bipolar Bozukluk Tip 2

BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği

BKB: Borderline Kişilik Bozukluğu

DDB: Duygudurum Bozukluğu

DST: Deksametazon Supresyon Testi

HHB: Hipotalamus- Hipofiz- Böbreküstü bezi

HSA: Hasta Sağlık Anketi

HSA-SADBÖ: Hasta Sağlık Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği

KPDÖ: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği

MAO-A: Monoamin oksidaz A

MDB: Major Depresyon Bozukluğu

MKB: Madde Kullanım Bozukluğu

MKBTT: Madde Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi

ÖADB: Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması

ÖADBE-G: Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması Envanteri-Güncel

ÖADBE-Y: Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması Envanteri-Yaşamboyu

TNP: Tek Nükleotid Polimorfizmler

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UB: Unipolar Bozukluk

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

4. TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Özkıyım Öyküsüne Göre Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 2: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Klinik Özellikleri ve Özkıyım Öyküsüne Göre Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 3: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Klinik Özellikleri ve Özkıyım Öyküsüne Göre Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 4: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Klinik Özellikleri ve Özkıyım Öyküsüne Göre Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 5: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Klinik Özellikleri ve Özkıyım Öyküsüne Göre Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 6: Çalışma Gruplarının Ölçek Puanlarının Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 7: Çalışma Gruplarının Columbia-Özkıyım Şiddetini Derecelendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 8: Çalışma Gruplarının Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması (ÖADB) Şiddeti Açısından Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 9: ÖADB Değişkeni ile Özkıyım Girişimi Olan ve Özkıyım Niyeti Olan Gruplar Arasındaki Diskriminant Analizi Sonuçları

Tablo 10: Bipolar Affektif Bozukluk ve Major Depresyon Hastalarının Yaşamboyu ÖADB Şiddeti Açısından Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 11: Bipolar Affektif Bozukluk Tip 1 ve Major Depresyon Hastalarının Yaşamboyu ÖADB Şiddeti Açısından Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 12: Bipolar Affektif Bozukluk Tip 2 ve Major Depresyon Hastalarının Yaşamboyu ÖADB Şiddeti Açısından Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 13: Bipolar Bozukluk Tip 1 ve 2 Hastalarının Yaşam Boyu ÖADB Şiddeti Açısından Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 14: Major Depresyon, Bipolar Bozukluk Tip 1 ve 2 Hastalarının Yaşamboyu ÖADB Şiddeti Açısından Karşılaştırma Sonuçları

Tablo 15: ÖADB ile Klinik Değişkenlerin Korelasyon Sonuçları

Tablo 16: ÖADB ile Klinik Değişkenlerin Korelasyon Sonuçları

Tablo 17: ÖADB ile Ölçek Puanlarının Korelasyon Sonuçları

Tablo 18: ÖADB ile Columbia-Özkıyım Şiddetini Derecelendirme Ölçeği Korelasyon Sonuçları

5. ÖZET

Amaç: Majör duygudurum bozukluğu olan kişilerde özkıyım davranışı halen önemini korumaktadır. Bu nedenle özkıyım davranışının tedavisi ve önlenmesi için daha iyi tanınmasına ve değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Özkıyım düşüncesi ve girişimi için sadece kronik risk faktörlerine odaklanmak bir bireyin özkıyım açısından yakın risk altında olup olmadığını belirleme yeteneğimizi sınırlayabilir. Son araştırmalar, özkıyım için belirtilen risk faktörlerinin, özkıyım girişimlerini özkıyım düşüncesinden anlamlı şekilde ayırt edemediğini ortaya koymaktadır. Özkıyım düşüncesinden girişimine ilerlemeyi öngörmek için geliştirilmiş olan Güncel ve Yaşam Boyu Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması (ÖADB)' nın hem akut özkıyım riski açısından kimin en riskli olduğunu anlamada yardımcı olacağı, hem de geçmişteki özkıyım girişimlerinin yaşamboyu ÖADB şiddeti açısından değerlendirilmesini sağlayacağı ve gelecekteki özkıyım riskini öngörmede yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu çalışmanın birincil amacı, Duygudurum Bozukluğu tanılı hastalarda yaşam boyu özkıyım niyeti/ girişimi olmayan, yalnızca özkıyım niyeti olan, özkıyım girişimi olanları demografik ve klinik özellikler ve yaşam boyu ÖADB şiddeti açısından karşılaştırmaktır.

Yöntem: Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran DSM- 5' e göre Duygudurum Bozukluğu (Major Depresif Bozukluk, Bipolar Affektif Bozukluk Tip 1 ve tip 2) tanısı alan 200 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara Duygudurum Bozuklukları Hasta Kayıt Formu, sosyodemografik ve klinik veri formu, yaşam boyu izlem çizelgesi, Hasta Sağlık Anketi (HSA), Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Columbia - Özkıyım Şiddetini Derecelendirme Ölçeği, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ), Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi, Barratt Dürtüsellik Ölçeği- 11 (BDÖ-11), ÖADB- Yaşamboyu ile Güncel ölçeği uygulandı.

Bulgular: Yaşamboyu özkıyım girişimi olan grubun yaş ortalaması (p= 0.033) özkıyım niyeti/ girişimi olmayan gruba göre daha düşük bulundu. Klinik özelliklere bakıldığında, ilk tedavi yaşı ortalaması (p= 0.030), özkıyım girişimi olan grupta özkıyım niyeti/ girişimi olmayan gruba göre daha düşük, hastane yatış sayısı ortalaması yaşamboyu özkıyım girişimi olan grupta sadece özkıyım niyeti olan gruba

göre daha yüksek (p= 0.024), travma öyküsü (p= 0.006), atak dönemlerinde stresli yaşam olayı (p= 0.010), ailede özkıyım girişimi öyküsü (p=0.004), Barratt Dürtüsellik Ölçeği- 11 puan ortalaması (p=0.000), ömür boyu Columbia özkıyım düşünce şiddeti ve yoğunluğu puan ortalamaları (p=0.000), yaşam boyu ÖADB skorları (p=0.000) özkıyım girişimi olan olgularda diğer iki gruba göre daha fazla, atak dönemi dışında özkıyım düşüncesi özkıyım girişiminde bulunan grupta sadece özkıyım niyeti olan gruba göre daha fazla (p= 0.000), özkıyım niyeti/ girişimi olmayan grupta KPDÖ, HSA-9, HSA-15, YAB-7 puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha düşük (p= 0.000) olarak bulundu. Geçmiş özkıyım girişimi sayısı (r= 0.507, p= 0.000), ömür boyu Columbia özkıyım düşünce şiddeti (r= 0.554, p= 0.000) ve yoğunluğu (r= 0.439, p= 0.000) ile ÖADB skoru arasında orta dereceli anlamlı ilişki olduğu görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda yaşamboyu özkıyım girişimi olan grubun yalnızca özkıyım niyeti olan ve özkıyım niyeti/ girişimi olmayan gruba göre yaş, ilk tedavi yaşı, hastane yatış sayısı, travma öyküsü, atak dönemlerinde stresli yaşam olayı, atak dönemi dışında özkıyım düşüncesi, ailede özkıyım girişimi öyküsü, dürtüsellik, yaşam boyu özkıyım düşünce şiddeti ve yoğunluğu, yaşam boyu ÖADB şiddeti açısından farklılaştığı görülmüş olup bu bulgular, özkıyım için tanımlanan çok sayıda klinik risk faktörünün ve kısa dönem öngörücülerin birleştirildiği ÖADB tanısının birlikte değerlendirilmesinin özkıyım riskini bütüncül değerlendirmede önemli olduğunu düşündürmektedir. Kişinin geçmişte ÖADB epizodu yaşaması, klinisyenin o kişinin gelecekte de benzer bir epizodu yaşayabileceği konusunda uyanık olmasını sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: Duygudurum bozuklukları, Bipolar Bozukluk, Major Depresyon Bozukluğu, Özkıyım, Klinik Özellikler, ÖADB

6. ABSTRACT

Aim: Suicide behavior is still important in people with major mood disorders. Therefore, there is a need for better recognition and evaluation of suicide behavior for treatment and prevention. Focusing only on chronic risk factors for suicidal ideation and attempt may limit our ability to determine whether an individual is at immediate risk of suicide. Recent research reveals that the risk factors for suicide are not significantly differentiating suicide attempts from suicidal ideation. ASAD, which was developed to predict progression from suicidal ideation to suicide attempt, will help in understanding who is most at risk in terms of acute suicide risk, as well as providing assessment in terms of lifetime ASAD severity of past suicide attempts and predicting future suicide risk. The primary aim of this study was to compare the demographic and clinical characteristics and ASAD severity in patients with mood disorder who had no suicide intention / attempt, only suicide intention, and who had suicide attempt.

Materials and Methods: 200 patients who were diagnosed as Mood Disorder (Major Depressive Disorder, Bipolar Affective Disorder Type 1 and Type 2) according to DSM- 5, followed up from Erenköy Mental Health Research and Training Hospital policlinics, were included in the study. Mood Disorders Patient Record Form, sociodemographic and clinical data form, lifelong follow-up chart, Patient Health Questionnaire (PHQ), Young Mania Rating Scale, Columbia - Suicide Severity Rating Scale, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Alcohol and Substance Use Disorders Identification Test, Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) and ASAD- Lifetime and Current Scale were applied.

Results: The mean age of the patients with lifetime suicide attempt was lower than the group without suicide intention / attempt (p=0.033). In terms of clinical characteristics, the mean age at first treatment (p = 0.030) was lower in the group who had suicide attempt than the group without suicide intention / attempt, and the mean number of hospitalizations was higher in the group with lifetime suicide attempt than the group with only suicide intention (p = 0.024). , history of trauma (p = 0.006), stressful life event during episodes (p = 0.010), family history of suicide

attempt (p = 0.004), Barratt Impulsivity Scale-11 average score (p = 0.000), the means scores of lifetime Columbia suicide thought severity and intensity (p = 0.000), lifetime ASAD scores (p = 0.000) were higher in suicidal attempts than the other two groups, suicidal ideation except for the episode period was higher in the suicidal attempt group than the suicidal intent group (p = 0.000), the mean scores of BPRS, PHQ-9, PHQ-15, GAD-7 were lower in the group without suicide intention / attempt than the other two groups (p = 0.000). The number of past suicide attempts (r = 0.507, p = 0.000), severity (r = 0.554, p = 0.000) and intensity (r = 0.439, p = 0.000) of lifetime Columbia suicide thought were found to be moderately significant correlations with ASAD score.

Conclusion: In our study, it was found that lifetime suicid attempt group differed in terms of age, first treatment age, number of hospitalizations, history of trauma, stressful life events during episodes, suicidal ideation except for the episode period, family history of suicide attempts, impulsivity, the severity and intensity of lifetime suicidal ideation, lifetime ASAD severity compared to the suicide intention group and without suicide intention/ attempt group. These findings suggest that concurrent evaluation of multiple clinical risk factors for suicide have been identified and ASAD, which incorporates short-term predictors, is important in holistic assessment of suicide risk. If a person has experienced an ASAD episode in the past, the clinician may be alert to the possibility that the person may experience a similar episode in the future.

Key words: Mood disorders, Bipolar Disorder, Major Depression Disorder, Suicide, Clinical Features, ASAD

7. GİRİŞ VE AMAÇ

Her yıl yaklaşık 800.000'den fazla kişi özkıyım sonucu ölmektedir (1). Özkıyım, çok sayıda psikososyal ve kültürel bileşenlerle birlikte biyolojik nedenler de içeren karmaşık, çok yönlü bir insan davranışıdır (2). Özkıyımın önlenmesinde sınırlı ilerlemenin bir nedeni, özkıyım düşüncelerinden özkıyım eylemlerine geçişle ilgili bilgilerimizin sınırlı olması olabilir. Spesifik olarak, özkıyım için belirtilmiş olan risk faktörleri, özkıyım düşüncesi için belirlenmiş risk faktörleridir, özkıyım düşüncesinden özkıyım girişimine ilerleme için belirlenmiş değildir. Son araştırmalar, özkıyım için belirtilen risk faktörlerinin, özkıyım girişimlerini özkıyım düşüncelerinden anlamlı bir şekilde ayırt edemediğini ortaya koymaktadır (3). Bu ayrım önemlidir, çünkü özkıyımı düşünen çoğu insan, düşünceleri doğrultusunda hareket etmez. Çalışmalarda yaşam boyu özkıyım düşüncesi oranları, yaşam boyu özkıyım girişimlerinden çoğu kez daha yüksek olarak bulunmuştur (4,5). O yüzden özkıyım düşüncesine sahip olanlardan kimin özkıyım girişimi için risk taşıdığını belirlemek önem taşımaktadır (3). Hangi faktörlerin özkıyım düşüncesinden eyleme geçişte en fazla etkili olduğunu anlamak için "düşünce-eylem " teorisini araştıran uzunlamasına çalışmalara gereksinim vardır (6).

Tamamlanmış özkıyım olgularında en sık saptanan tanı, olguların yaklaşık olarak yarısında görülen duygudurum bozukluklarıdır (7). Bu, duygudurum bozukluğu olan kişilerde özkıyım davranışının önlenmesinin merkezi bir rol oynadığı anlamına gelmektedir. Duygudurum bozukluklarında özkıyım davranışı için risk faktörlerini bilmek, önleme için büyük öneme sahipken, mevcut literatürde birçok sınırlama vardır (8). Daha etkili önleme ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesi için özkıyım düşüncesi, girişimleri ve ölümlere neden olan temel süreçlerin daha iyi anlaşılması zorunludur.

Psikiyatride acil bir durum olan özkıyım davranışından, DSM- 5 hastalık olarak değil, tıbbi bir komplikasyon olarak bahsetmektedir (9). Çok sayıda araştırmacı ve klinisyen, DSM' ye özkıyıma özgü bir tanı sisteminin dahil edilmesini savunmaktadır (10,11,12). İntihar Davranış Bozukluğu, DSM- 5' te İleri Çalışma İçin Koşul kısmına eklenmiştir. Ancak, İntihar Davranış Bozukluğu, özkıyım girişiminin

akut riskini değerlendirmeden özkıyım davranışını sonuç olarak görmektedir (13). Özkıyım krizi veya akut özkıyım davranışını yansıtmak yerine, son 24 ay içindeki (şimdiki) veya 24 aydan daha ilerideki (remisyondaki) bir veya daha fazla özkıyım girişimini yansıtmaktadır (12). Özkıyıma özgü tanısal eksiklik, klinisyenlerin özkıyımla ilişkili olguları ve akut özkıyım riskini değerlendirmesini ve yönetmesini zorlaştırmaktadır (14). Hem akut durumu değerlendirebilecek hem de geçmiş özkıyım girişimi ile ilişkiyi yansıtabileceği düşünülen özkıyıma özgü bir tanı aracı üretilmiştir: Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması (Acute suicidal affective disturbance) (11,12). Akut özkıyım riskini öngörmeye yönelik olarak üretilen Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması (ÖADB), çok sayıda özkıyım risk faktörünü incelemeye gerek kalmadan özkıyım açısından değerlendirme yapmaya yardımcı olabilir (12).

Duygudurum bozukluğu tanısına sahip olan ve hiçbir zaman özkıyım girişiminde bulunmayan bireyler, aynı psikiyatrik bozukluğu olan ve özkıyım girişiminde bulunan bireylerden ayrılmaktadır. Özkıyım girişiminde bulunan ve bulunmayan şeklinde sınıflandırmak yerine özkıyım davranışını çalışmamızdaki gibi üç grup şeklinde sınıflandırmak özkıyım davranışında etkili olan faktörleri ve gruplar arasındaki farkları daha iyi görebilmemize olanak sağlar. Bu çalışmada duygudurum bozukluğu tanılı hastalarda yaşamı boyunca özkıyım girişimi olan, yalnızca özkıyım niyeti olan ve bunların hiç birisine sahip olmayan bireyler arasında ne tür klinik faktörlerin değişkenlik gösterdiği ve ÖADB' nin bu klinik faktörlerle ilişkisi araştırılmıştır. Ayrıca yaşam boyu özkıyım davranışı öyküsüne göre ÖADB' nin şiddetinin değişkenlik göstereceği düşünülmüştür. Çalışmamızda gelecekteki özkıyım riskini öngörebilme ihtimalimizi arttırmak için geçmişte özkıyım niyetinden özkıyım davranışına geçişe sebep olabileceği düşünülen parametreleri bulmayı hedefledik.

8. GENEL BİLGİLER

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

8.1.BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK

8.1.1.Tanım

Bipolar bozukluk (BB) klasik tanımıyla, depresif, manik ya da hipomanik dönemlerin olduğu, en az bir manik dönemle karakterize, dönemler arası tamamen normal olan ya da minimal belirti düzeylerinin olduğu düşünülen, yüksek mortalite, morbidite ve çoğu alanda işlev kaybına yol açtığı bilinen ciddi bir ruhsal bozukluktur. Genellikle erken başlangıçlı ve yaşam boyu kronik seyirli bir hastalıktır (15).

8.1.2.Tarihçe

Bipolar bozukluğun tarihi, Antik Mısır, Yunan ve Roma dönemlerine kadar uzanmaktadır. Melankoli ve mani terimleri Eski Yunan kökenlidir. Yüzyıllar önce Kapadokya' nın Aretaeus' u tarafından mani ve melankolinin ilişkili olduğu öne sürülmüştür (16). Aretaeus, mani ve melankoliyi tek bir hastalığın iki farklı biçimi olarak düşünmüştür. Aretaeus' un affektif durumlarla ilgili görüşleri bugün bipolar bozukluk olarak bildiğimiz kavramdan daha geniş olmasına rağmen, bahsettiği mani ve melankoli arasındaki ilişki, bipolarite kavramının ilk ortaya çıkışı olarak kabul edilebilir (17).

Hipokrat (M.Ö 460-337), mani ve melankoliyi sistematik olarak tanımlayan ilk kişidir. Hipokrat, maninin sebebini sarı safraya bağlamıştır (18).

Alman bilimsel psikiyatrinin en önemli kurucularından biri olan Wilhelm Griesinger mevsimsel affektif bozuklukları tarif etmiştir; melankolinin genellikle sonbaharda ve kışta, maninin ilkbaharda başladığını belirtmiştir. Ayrıca affektif bozukluğun hızlı döngülü tiplerini tanımlamıştır. On dokuzuncu yüzyılın ortasında Paris'te Falret, ilk kez "folie circulaire" olarak adlandırdığı, depresyon, mani ve değişken uzunluktaki aralıklarla karakterize edilen sürekli bir döngü ile karakterize ayrı bir ruhsal bozukluk tanımlamıştır (17).

Emil Kraepelin' in manik- depresif- psikoz ve dementia precox' u iki ayrı durum olarak tanımladığı dikotomik görüşten önce, psikiyatrik bozukluklar tek bir

grup olarak bulunmaktayken (19), Kraepelin' in 1921 yılında tanımladığı manik-depresif tanımı, günümüzdeki hem BB hem de unipolar bozukluk (UB) tanılarını içermektedir (20).

Jules Angst 1959- 1963 yılları arasında tedavi ettiği 326 hastayla yaptığı çalışmanın sonuçlarında, UB' nin BB' dan genetik, cinsiyet, hastalık seyri ve premorbid kişilk özellikleri açısından farklılaştığını; geç başlangıçlı depresyonun BB ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Perris tarafından 1963- 1966 yılları arasında gerçekleştirilen çalışmaların bulgularına göre, unipolar maninin BB ile genetik yönden oldukça güçlü bir ilişkisinin olduğu gösterilmiştir (17).

Major depresif bozukluk ve bipolar bozukluk, DSM- 3' te affektif bozukluklar içinde olan iki ayrı hastalık olarak tanımlanmış, DSM 3- R' de ise affektif bozukluklar tanımı, daha genel bir durumu ifade etmesi için DDB olarak yeniden isimlendirilmiştir. Bipolar bozukluk, DSM- 4 ve DSM- 4- R' de duygudurum bozuklukları içinde yer alırken, 2013 yılında yayımlanan DSM- 5' te bipolar ve ilişkili bozukluklar olarak ele alınmıştır (13).

8.1.3.Epidemiyoloji

Bipolar bozukluk milliyet, etnik köken veya sosyoekonomik statüden bağımsız olarak dünya nüfusunun % 1'ini etkiler (21). Bazı kaynaklara göre ise, yaşam boyu prevelansı % 1.6 iken, diğer bipolar tipleri de dahil edildiğinde prevelansın % 3'e yükseldiği düşünülmektedir (22).

Yakın zamanda yapılan bir epidemiyolojik çalışmanın sonuçlarına göre; BB Tip 1' in yaşamboyu prevelansı % 2.1; 12 aylık prevelansı % 1.5 olarak bulunmuştur. Bipolar I hastalığın yaşam boyu ve 12 aylık prevalanslarının, erkekler ve kadınlar arasında benzer olduğu, yaşam kalitesinin kadınlarda daha düşük olduğu görülmüştür (23). Genç erkek ve kadınlarda daha sık görülmesi; hastalığın erken yaşta başlaması ve tıbbi komplikasyonlar (24) / özkıyım nedeniyle (25) erken ölümlere bağlı olabilir. Düşük sosyoekonomik durum, BB Tip 1' in hem risk faktörü, hem de sonucu olabilir (23). Bipolar bozukluk tip 1 kadınları ve erkekleri eşit derecede etkiler, bipolar bozukluk tip 2 kadınlarda daha sık görülür (26). Manik epizodlar ise erkeklerde daha sıktır. Bipolar bozukluk, boşanmış ve bekar olanlarda daha sıktır (27), erkeklerde daha erken yaşta başlar (28). Bipolar bozukluk tip 1' in yaklaşık yarısı 25 yaşından önce başlar, bipolar bozukluk tip 2 ise daha geç yaşta başlamaktadır (15). Bipolar

bozuklukta 15-24 yaş ve 45-54 yaş olmak üzere iki pik döneminden bahsedilmektedir (29).

8.1.4.Etiyoloji

8.1.4.1.Kalıtım: Duygudurum bozukluğunun kalıtım özellikleri birden çok yatkınlık geninin ve çevresel etkenin birlikte rol oynadığı karmaşık genetik geçişe uymaktadır (30). Bipolar bozukluktaki genetik çalışmalarda, hastalık durumu ve tek nükleotid polimorfizmler (TNP) arasında önemli ilişkiler saptamıştır (31). Bipolar bozukluk ve unipolar bozukluk arasında ortak yatkınlığı gösteren ikiz çalışmaları bulunmakta, genom boyu ilişkilendirme çalışmaları da bu bulguları destekleyen bazı moleküler genetik kanıtlar ortaya koymaktadır (32).

8.1.4.2.Beyin Görüntüleme Çalışmaları: Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında BB hastalarında özellikle sol taraftaki anterior singulat kortex volümünde (33) ve gri madde hacminde (34) belirgin azalma saptanmıştır.

8.1.4.3.Endokrin Dizge: Bipolar bozukluğu olan hastalarda kortikotropin salgılatıcı hormona adrenokortikotropik hormon ve kortizol yanıtlarında düzensizlik bildirilmiştir. Ancak hipotalamus- hipofiz- böbreküstü bezi eksenindeki değişiklikler genellikle çökkünlük ya da karma dönemlerdeki hastalarda görülmektedir. Deksametazon ile kortizol baskılanmasının olmaması asıl sorunun glukortikoid reseptörleri kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir. Manik hastalarda kortikotropin salgılatıcı hormona adrenokortikotropik hormon yanıtı normal kontrollere göre artmış bulunmaktadır (30).

8.1.5.Tanı

Duygudurum Bozuklukları, duygudurum elevasyonunun şiddetine göre; UB' dan BB Tip 1 veya BB Tip 2’ ye kadar tanımlanan bir spektrum boyunca sınıflandırılırlar (35). Bipolar bozukluğu doğru teşhis etmek klinik pratikte zordur çünkü başlangıçta daha çok depresif epizod ile başlamaktadır ve başlangıcı unipolar depresyona benzemektedir (36). Çekirdek DSM- 4 mani belirtileri, BB Tip 1' in

DSM- 5 tanımında aynen korunurken, aktivite ve enerjide sürekli bir artışı içerecek şekilde kabarmış, taşkın ve irritabl duygudurum kriterinin genişletilmesi gibi değişiklikler yapılmıştır (13).

Bipolar Bozukluk DSM- 5' e Göre Tanı Ölçütleri (13) :

Mani dönemi:

A. Olağandışı ve süreğen yükselmiş (eleve), coşkulu ya da irritabl bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve enerjide olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu belirgin 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 ve enerji ya da etkinlikte artmanın olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum sadece irritabl ise dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da grandiyozite
2. Uyku gereksiniminde azalma
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşabilmek için zorlama
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarıştığı gibi öznel bir yaşantı
5. Dikkatin çelinebilirliği (kişinin dikkati önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyaranla kolaylıkla dağılır) olduğunun bildirilmesi ya da gözlenmesi
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (sosyal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel olarak) ya da psikomotor ajitasyon (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik)
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere çok ve aşırı katılma (örn; aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel etkinlikte bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma)

C. Duygudurum düzensizliği, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir bozulmaya neden olacak kadar ya da kişinin kendisine ya da başkalarına zarar

vermemesi için hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ağırdır ya da psikotik özellikler vardır.

D. Bu dönem, bir maddenin (örn; kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn; ilaç tedavisi, elektrokonvülsif tedavi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir manik dönem, bipolar I bozukluk için yeterli bir kanıttır.

Not: A' dan D' ye kadar olan tanı ölçütleri bir manik dönemi oluşturur. Bipolar I bozukluğu tanısı konulabilmesi için yaşam boyu en az bir kez manik dönem geçirilmiş olması gerekir.

Hipomani Dönemi:

A. Olağandışı ve süreğen yükselmiş (eleve), coşkulu ya da irritabl bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve enerjide olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu belirgin bir dönemin, en az birbirini izleyen 4 gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması

B. Duygudurum bozukluğunun ve enerji ya da etkinlikte artmanın olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum sadece irritabl ise dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da grandiyozite
2. Uyku gereksiniminde azalma
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşabilmek için zorlama
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarıştığı gibi öznel bir yaşantı
5. Dikkatin çelinebilirliği (kişinin dikkati önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyaranla kolaylıkla dağılır) olduğunun bildirilmesi ya da gözlenmesi
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (sosyal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel olarak) ya da psikomotor ajitasyon (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik)

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

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

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir bozulmaya neden olacak kadar ya da hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ağır değildir. Psikotik özellikler varsa, söz konusu dönem, tanım olarak manik dönemdir.

F. Bu dönem, bir maddenin (örn; kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn; ilaç tedavisi, elektrokonvülsif tedavi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir hipomanik dönem, bir hipomanik dönem tanısı için yeterli bir kanıttır. Ancak bir ya da iki belirti (özellikle antidepresan kullanımından sonra ortaya çıkan irritabilite, gerginlik ya da ajitasyon belirtileri) bir hipomani dönemi tanısı için ne yeterli sayılmalı ne de bipolar bozukluğa yatkınlığın bir göstergesi olarak görülmelidir.

Not: A' dan F' ye kadar olan tanı ölçütleri bir hipomanik dönemi oluşturur. Bipolar I bozukluğunda hipomanik dönemler sık görülür, ancak bipolar I bozukluk tanısı konulabilmesi için hipomanik dönemlerin olması gerekli değildir.

Yeğin (Major) Depresyon Dönemi:

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi mevcuttur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi- istek kaybı ya da zevk almamadır.

1. Kişinin öznel olarak bildirdiği veya başkalarınca gözlenen, günün çoğunda, neredeyse her gün olan depresif duygudurumun bulunması
2. Neredeyse her gün, günün çoğunda tüm veya neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da etkinliklerden zevk alamama olması
3. Çok kilo verme veya kilo alma ya da neredeyse her gün, iştahta azalma ya da artma

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk ya da fazla uyuma
5. Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
6. Neredeyse her gün, yorgunluk ya da enerji azalması
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da suçluluk duyguları
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da konsantre olmakta güçlülük çekme ya da kararsızlık yaşama
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama

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

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

Bipolar 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 yeğin depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer ikiuçlu ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Bipolar 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 (major) depresyon dönemi için (yukarıda " Yeğin Depresyon Dönemi " başlığının altında yer alan A- C tanı ölçütleri) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

B. Hiçbir zaman bir mani dönemi geçirilmemiştir.

C. Hipomani ve yeğin depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer ikiuçlu 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.

Belirleyiciler;

- Bunaltıcı
- Karma özellikler gösteren
- Hızlı döngülü
- Melankoli özellikleri gösteren
- Değişiktür (atipik) özellikler gösteren
- Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren
- Duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren
- Katatoni ile giden
- Doğum zamanı (peripartum) başlayan
- Mevsimsel örüntü gösteren

Bir duygudurum döneminin tanı ölçütleri o sırada tam olarak karşılanamıyorsa gidişi belirtiniz:

- Tam olmayan yatışma gösteren
- Tam yatışma gösteren

Bir duygudurum döneminin tanı ölçütleri o sırada tam olarak karşılanıyorsa ağırlığını belirtiniz:

- Ağır olmayan
- Orta derecede
- Ağır

8.1.6.Mani Dönemi Klinik Özellikler (30) :

- Canlı, çok hareketli, aşırı güvenli davranışları dikkat çeker. Çok ağır durumlarda aşırı hızlanma ve devinim artması yüzünden hasta dağınık, yorgun, bitkin durumda olabilir.
- Konuşması yüksek sesli, hızlı, basınçlı ve artmıştır.
- Duygulanımda coşku, aşırı neşe, sıklıklada öfke egemendir. Duygudurumdaki oynamalar (labile affect) sık görülür.

- Bilinç açık, yönelim, bellek ve algılama genellikle yerindedir. Hastanın dikkatini belli bir noktaya odaklaması güçleşir.
- Psikotik manide varsanılar görülebilir. Varsanılar çoğu zaman duygudurumla uyumludur.
- Düşünce süreci yani çağrışımlar hızlanmış ve artmıştır. Fikirler birbirini izler (fikir uçuşması).
- Düşüncenin içeriği genellikle benlik kabarmasını yansıtan niteliktedir. Büyüklük düşünceleri giderek büyüklük sanrıları (grandiöz hezeyanlar) na dönüşür.
- Manik dönemdeki hastaların yaklaşık yarısında psikotik belirtiler görülür. Psikotik belirtileri olan hastaların % 67' sinde bu belirtiler duygudurumla uyumlu iken, kalan üçte birinde duygudurumla uyumlu olmayan sanrılar, daha çok şizofrenide görülen Schneider belirtileri ortaya çıkabilir (37).
- Devinimde artma ve psikomotor hızlanma belirgindir.
- Uyku gereksinimi azalır. Yemek isteği artsa bile yemek yemeğe vakit bulamaz ve bu yüzden kilo verebilir. Cinsel istek artar.

Hipomanik semptomların yetersiz tanınması yaygındır. Bu nedenle, hipomanik dönemleri saptamadaki klinik keskinlik esastır (36). Bipolar bozukluk tip 1; panik bozukluk, agorafobi, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), borderline, şizotipal ve antisosyal kişilik bozukluklarıyla ve özellikle kadınlar arasında alkol kullanım bozukluğu (AKB) ve madde kullanım bozukluğu (MKB) ile ilişkilidir (23).

8.2.MAJOR DEPRESYON BOZUKLUĞU

8.2.1.Tanım

Çökkünlük, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli sendromdur (30).

8.2.2.Tarihçe

Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır çökkünlük dönemleri geçiren kişiler tanınabilmektedir. Melankoli deyimini ilk olarak M.Ö 5. yüzyılda Hipokrat kullanmıştır. Bugün ağır çökkünlük olarak bildiğimiz bozukluğa Hipokrat

melankoli adını vermiş ve bunu kara safraya bağlamıştır. Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan biri İbni Sina olmuş ve ilginç olgu örnekleri vermiştir. On dokuzuncu yüzyılda Fransız ve Alman ruh hekimleri mani ve melankolinin değişik türlerini, klinik belirtilerini yazmışlarsa da hepsini psikoz manyak depresif adı altında Kraepelin (1896) toplamıştır (30).

Unipolar ve bipolar depresyon arasındaki semptomatik farklar 1959 yılında ilk olarak Leonhard tarafından tanımlanmıştır (38). Daha önce duygudurum bozuklukları başlığı altında toplanan bu hastalıkları DSM- 5, " İki Uçlu ve İlişkili Bozukluklar " ve " Çökkünlük Bozuklukları " olarak iki ayrı tanı grubuna ayırmaktadır (39).

8.2.3 Epidemiyoloji

Major depresif bozukluk genel toplumda % 15' lik, kadınlarda % 25' lik yaşam boyu prevalansı ile psikiyatrinin en sık görülen hastalıklarındandır. Kültür ve ülkeden bağımsız olarak kadınlarda 2 kat daha sık görülmektedir. Major depresif bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 40 olup, hastaların % 50' sinde 20-50 yaş arasında başlamaktadır. Unipolar depresyon kadınlarda daha sıktır. Major depresif bozukluk yakın ilişkisi olmayan, boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda daha sıktır (27).

8.2.4.Etiyoloji

8.2.4.1.Kalıtım:

Aile Çalışmaları

Veriler, bir ebeveynde DDB varsa, çocukta % 10- 25 arasında DDB riski olduğunu belirtmektedir. Her iki ebeveyn de etkilenmişse bu risk iki katına çıkar (40).

İlişkilendirme (Association) Çalışmaları

Çok genli ve gen çevre etkileşimine dayanan bir patofizyolojisi olan depresyonun etiyolojisinde rol oynadığı düşünülen genlerle yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Major depresif bozukluğun glukortikoid reseptör geni (41),

monoamin oksidaz A (MAO-A) geni (42), beyin kaynaklı nörotrofik faktör geni (43) gibi birçok gendeki polimorfizmlerle bağlantısı gösterilmiştir.

Gen Çevre İlişkisi

Serotonin taşıyıcı geninin uzun ve kısa olmak üzere iki farklı aleli vardır. Yapılan bir çalışmada; serotonin taşıyıcı genin kısa aleline sahip olan, stresli yaşam olaylarına sahip bireylerin depresif semptomlarında artış olduğu görülmüştür. Gen çevre etkileşimi, stresli yaşam olaylarının kısa aleli taşıyan kişilerde MDB' yi tetiklediğini, ancak homozigot uzun alel taşıyan kişilerde tetiklemediğini göstermiştir. Bu, genetik bir yapının çevresel etkenlerle etkileşimi ile açıklanabilmektedir (44).

Epigenetik

Epigenetik yani DNA dizilimi dışındaki düzeneklerle oluşan kalıtılabilir fenotip değişiklikleri alanında yapılan bir çalışmada; özkıyımla ölen kişilerden çocuklukta istismar öyküsü olanlarda, olmayanlara göre hipokampal glukokortikoid reseptör geni promotor bölgesinde metilasyon olduğu, bunun da glukokortikoid reseptör açılımının azalmasına ve stres yanıtının şiddetlenmesine yol açtığı gösterilmiştir (45).

8.2.4.2.Beyin Görüntüleme Çalışmaları: Major depresif bozukluk hastalarında manyetik rezonans görüntüleme ile ölçülen hipokampal hacim azalmıştır (46). Yapılan bir çalışmada tedavisiz MDB hastalarında sol lateral orbital kortex, sol amigdala, posterior singulat kortexte artmış metabolizma, subgenual anterior singulat kortex, dorsomedial/ anterolateral prefrontal kortexte azalmış metabolizma olduğu gösterilmiştir (47).

8.2.4.3.Biyokimyasal Etkenler:

Noradrenalin

Depresyon hastalarının idrarında ve beyin- omurilik sıvısında noradrenalin temel yıkım ürünlerinin azaldığı, özkıyım sonucu ölen depresyon hastalarının

kortexinde β- adrenerjik reseptör yoğunluğunda artış olduğu, MAO- A aktivitesinin arttığı görülmüştür. Depresyonu tetikleyen stres beyinde noradrenalin devrelerinin aktivitesini arttırmaktadır (48).

Serotonin

Depresif ve özkıyım girişiminde bulunan hastaların beyin-omurilik sıvısında 5- hidroksitriptamin (5-HT)' nin metabolitlerinin düşük yoğunlukta olduğu, post-mortem beyin dokusunda ve plateletlerde 5-HT_2 reseptör yoğunluğunda artış olduğu, serotoninin öncülü L-triptofanın plazmada düşük konsantrasyonda bulunduğu, santral sinir sisteminde MAO-A aktivitesinin artmış olduğu gösterilmiştir (48).

Dopamin

Dopamin zevk almayı sağlayan ara nörotransmitterdir. Dopamin nöron dejenerasyonu ile karakterize Parkinson hastalığında depresyon sık görülmektedir. Depresyon hastalarında beyin görüntüleme ve postmortem çalışmalarda dopamin taşınımının azaldığı, beyin- omurilik sıvısında dopamin metabolitlerinin azaldığı, santral sinir sisteminde MAO-A aktivitesinin arttığı gösterilmiştir (48).

8.2.4.4.Endokrin Dizge: Çökkünlükte deksametazon verildiği zaman beklenen kortizol baskılanmasının olmaması, tirotropin salgılatıcı hormon uygulanınca tiroid uyarıcı hormon yanıtında küntleşme saptanması, insüline büyüme hormonu yanıtında azalma gibi farklı endokrin dizgeleri uyararak yapılan testlerde beklenen yanıtlar alınamamaktadır. Endokrin dizgeler içinde en fazla Hipotalamus-Hipofiz- Böbrek Üstü Bezi (HHB) önem kazanmıştır. Depresyonu olan çoğu hastada Deksametazon Supresyon Testi (DST) başarısız olmaktadır, yani deksametazon verildikten sonra kortizol baskılanması sağlanamamaktadır. Depresyon hastalarında DST başarısız olması genelde depresyon şiddeti ile ilişkilidir ve bu durum devamlı olduğunda nüks için önemli bir risk faktörüdür (48).

8.2.5.Tanı

Yeğin (Major) Depresyon Dönemi DSM- 5' e Göre Tanı Ölçütleri (13) :

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi mevcuttur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi- istek kaybı ya da zevk almamadır.

1. Kişinin öznel olarak bildirdiği veya başkalarınca gözlenen, günün çoğunda, neredeyse her gün olan depresif duygudurumun bulunması
2. Neredeyse her gün, günün çoğunda tüm veya neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da etkinliklerden zevk alamama olması
3. Çok kilo verme veya kilo alma ya da neredeyse her gün, iştahta azalma ya da artma
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk ya da fazla uyuma
5. Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
6. Neredeyse her gün, yorgunluk ya da enerji azalması
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da suçluluk duyguları
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da konsantre olmakta güçlülük çekme ya da kararsızlık yaşama
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama

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

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

D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Belirleyiciler;

- Bunaltıcı
- Karma özellikler gösteren
- Hızlı döngülü
- Melankoli özellikleri gösteren
- Değişiktür (atipik) özellikler gösteren
- Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren
- Duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren
- Katatoni ile giden
- Doğum zamanı (peripartum) başlayan
- Mevsimsel örüntü gösteren

Ağırlık/ gidiş belirleyicisi:

- Ağır olmayan
- Orta derecede
- Ağır
- Psikoz özellikleri gösteren
- Tam olmayan yatışma gösteren
- Tam yatışma gösteren
- Belirlenmemiş

8.2.6.Depresyon Dönemi Klinik Özellikler (30) :

- Çökkün bir hastanın yüzünde üzüntülü bir ifade vardır, özbakımı azalmış olabilir. Bazı hastalarda genel yavaşlama ve durgunluk dikkati çeker.
- Konuşma alçak sesli ve yavaştır. Hastadan yanıt almak güç olabilir. Ağır çökkünlükte mutizm görülebilir.
- Duygulanımda genel bir keyifsizlikten derin üzüntü, iç acısı duyma derecesine varan artma, çökkün duygudurum vardır. Bazı hastalarda üzüntü ile birlikte bunaltı, tedirginlik, öfke hali olabilir. Sabah bunaltısı ağır çökkünlüklerin tanısında önemli bir bulgudur. Eskiden zevkle yaptığı, ilgilendiği şeylere karşı ilgisizlik ve zevk alamama (anhedonia) çökkünlüğün en önemli belirtilerindendir.

- Hastalar sıklıkla unutkanlıktan yakınır, gerçek bir bellek bozukluğu değildir. Unutkanlık ağır üzüntü, sıkıntı ve dikkat azalmasına bağlıdır. Unutkanlık çok belirgin olduğunda psödodemans izlenimi verebilir
- Düşünce hızı yavaşlamıştır. Düşüncelerini düşük bir ses tonu ile yavaş ve zorlukla söyleyebilir. Çaresizlik, değersizlik ve umutsuzluk düşünceleri sıktır. Özsaygısı oldukça azalmıştır. Ölüm isteği ve özkıyım düşünceleri gelişebilir.
- Psikomotor yavaşlama belirgindir. Bunaltılı hastalarda yerinde duramama ve aşırı tedirgin bir devinimlilik hali (psikomotor ajitasyon) görülebilir.
- Çoğu hastada yeme isteği azalır, kilo kaybı olabilir. Daha nadir olarak kimi hastalarda aşırı yeme ve kilo alma görülebilir. Enerji azlığı, güçsüzlük, halsizlik olabilir. Uykuya dalmada güçlük, uykunun sık bölünmesi veya erken uyanma görülebilir. Ağır ve bunaltılı çökkünlüklerde sabah bunaltısı önemli bir belirtidir (24).

8.3.ÖZKIYIM

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, her yıl, dünya çapında, yaklaşık 800.000' den fazla kişi özkıyım sonucu ölmektedir. Özkıyım, dünyadaki ölümlerin ana nedenlerinden biridir (1). Bu durum, akut özkıyım riskinin daha iyi değerlendirilmesine, tedavi ve önleme çalışmalarına olan ihtiyacı göstermektedir (19). Ulusal Komorbidite Araştırması' nda özkıyım düşüncesinin yaşam boyu prevelansı % 13.5, özkıyım planının yaşam boyu prevelansı % 3.9, özkıyım girişiminin yaşam boyu prevelansı % 4.6 olarak bulunmuştur. Özkıyım düşüncesinin yaşam boyu prevelansının daha yüksek olduğu görülmüştür (49).

Psikiyatrik özkıyım risk faktörleri (mevcut majör depresyon, madde kullanım bozuklukları, şizofreni, önceki özkıyım girişimi), ikincil (psikososyal) ve üçüncül (demografik) risk faktörleri de mevcutsa, özkıyımın güçlü öngörücüleridir (50). Özkıyım girişiminde bulunan 100 kişiyle yapılan bir çalışmada; % 92' sinin en az bir tane devam eden Eksen I psikiyatrik bozukluğunun olduğu, bunların % 87' sinin depresif bozukluk olduğu (unipolar depresyon ve bipolar depresyon), % 27' sinin MKB ve %2' sinin psikotik bozukluk olduğu görülmüştür (51).

Özkıyım kavramı; özkıyım düşüncesi, herhangi bir özkıyım girişimi, ölümcül özkıyım girişimi veya tamamlanmış özkıyımı kapsarken, bu grupların her birinin

özellikleri temelde farklıdır (52). Özkıyım isteğinin değerlendirilmesi, yoğunluk, sıklık, süre, meşgul olma ve özkıyım düşüncelerinin içeriği sorgulanarak yapılır. Pasif özkıyım düşüncesi ile karşılaştırıldığında sıklıkla, şiddetli, aktif kendini öldürme düşüncelerine sahip olmak özkıyım davranışı için daha büyük riske sahiptir. Özkıyım düşüncelerin içeriğini değerlendirirken sıklıkla özkıyım planlarını, planların özgüllüğünü ve hazırlık davranışlarını da sorgulamak önemlidir (53). Önceki özkıyım davranışı, şimdiki risk için önemli bir göstergedir. Geçmişte birden fazla özkıyım girişimi olanların, tek özkıyım girişimi olanlara göre özkıyım riski daha fazladır (54).

Özkıyım teorisinde önemli bir gelişme, 2005 yılında Thomas Joiner' in Kişilerarası Özkıyım Teorisini tanımlamasıdır. Joiner, özkıyım düşüncesi ve düşünceden girişime ilerlemenin, ayrı açıklama ve risk faktörleri içeren ayrı süreçler olarak ele alındığı bir bakış açısı geliştirmiştir. Düşük aidiyet duygusu, yük olma duygusunun fazla olması özkıyım isteğini ortaya çıkarırken, özkıyım yeteneğinin yüksek olması ölümcül özkıyım girişimlerini kolaylaştırmaktadır. Algılanan yük olma duygusu, ailesi ve arkadaşları için ölümünün yaşamından daha değerli olduğu düşüncesi doğrultusunda oluşur. Düşük aidiyet duygusu, sosyal yabancılaşma duyguları ile karakterizedir (55). Kişilerarası Özkıyım Teorisi' nde yaygın düşük aidiyet duygusu ve yük olma algılarına ilişkin umutsuzluğun özkıyım arzusuna yol açtığı, bunun bireyin olumlu yönde değişikliğin mümkün olmadığına yönelik inancından kaynaklandığı öne sürülmüştür (56).

Klonsky ve May tarafından ' düşünceden eyleme geçme ' yapısının tüm özkıyım teorisi ve çalışmalarına rehberlik etmesi gerektiği önerilmiş ve bu yapı Üç Adım Teorisi ile açıklanmıştır (3). Klonsky ve May' e göre özkıyım girişimleri 4 faktörle açıklanır: Acı, Umutsuzluk, Bağlılık ve Özkıyım kapasitesi (57). Özkıyım düşüncesi gelişimi ile ilgili olarak, düşünceye doğru giden yolda ilk basamağın acı olduğu düşünülmüştür. Bununla birlikte, tek başına ağrı özkıyım düşüncesine yol açmak için yeterli değildir. Acı içinde yaşayan bir insanın durumun iyileşebileceği yönünde umut beslemesi durumunda, birey özkıyım girişiminde bulunmaktan ziyade azalmış acılarla bir gelecek elde etmeye odaklanacaktır. Bu nedenle özkıyım düşüncesi gelişimi için umutsuzluk gereklidir. Ölümcül özkıyım davranışına doğru giden ikinci basamak, bağlılıktır. Bağlılık birinin bir işe, projeye, role, ilgiye,

algılanan amaç ve anlam duygusuna yatırım yapmasını sağlar. Bununla birlikte, eğer hem acı hem de umutsuzluk mevcutsa ve bağlılık acıdan daha az olursa birey güçlü bir özkıyım düşüncesine sahip olacaktır. Güçlü özkıyım düşüncesi olan kişi ancak bunu yapabilecek kapasiteye sahipse özkıyım girişiminde bulunacaktır. Ölüm korkusunun azalması, sıkıntı ve acıya toleransın artmasını içeren özkıyım yeteneği özkıyım düşüncesi olan kişiler arasında özkıyım girişimlerini öngörmek için tutarlı olduğu gösterilen değişkenlerden biridir (58).

8.4.DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI VE ÖZKIYIM İLİŞKİSİ

Major depresif bozukluk ve bipolar bozukluk tip I ve tip II (BB-I, BB-II) olmak üzere majör DDB olan kişilerde özkıyım davranışı oldukça sık görülmektedir. Duygudurum bozukluğu bulunan hastalarda yaşam boyu özkıyım riskinin % 15 oranında olduğu düşünülmektedir (59).

Major depresif bozukukta özkıyım riski normale göre 20 kat, BB' de 15 kat artmıştır (60).

Duygudurum bozuklukarı (MDB, BB- I, BB- II) nın herbiri farklı özkıyım riskine sahiptir. Yapılmış bir çalışmada, psikiyatrik hastalıklar arasında BB' nin en yüksek özkıyım riskine sahip olduğu görülmüştür (61). Yapılan bir metaanalizde ise BB' deki özkıyım girişimlerinin şimdiki/ en son atağın depresif özellikte olması, komorbid B küme kişilik bozukluğu, ilk epizodun depresyon olması, komorbid anksiyete bozukluğu, MKB, birinci derece yakınlarında özkıyım öyküsü, AKB, kadın cinsiyet, hastalığın erken başlangıç yaşı gibi faktörlerle ilişkisinin olduğu gösterilmiştir. Bipolar bozukluğun seyrinde depresif epizodların baskın olmasıyla birlikte her epizoddaki risk artışının kombinasyonunun sonucu olarak özkıyım girişimleriyle en yüksek ilişkinin şimdiki veya en sonuncu depresif epizodun olduğu gösterilmiştir. Bipolar I ve II alttiplerinin benzer özkıyım girişimi oranlarına sahip olduğu ve BB' a sahip erkeklerin kadınlara göre 2 kat daha fazla özkıyım sonucu öldüğü görülmüştür. Bipolar bozukluğu olan hastaların çoğuna bir anksiyete bozukluğu eşlik etmektedir ve bu, özkıyım girişimleriyle oldukça ilişkilidir. Birinci derece akrabada özkıyım girişimi öyküsü, bipolar bozuklukta özkıyım nedeniyle ölümlerle en güçlü ilişkili faktördür (62).

Affektif durumların şiddeti, hızlı döngülülük ve mix epizod ölümcül olmayan özkıyım girişimleriyle ve özkıyım düşüncesiyle ilgilidir (63). Sani ve ark. yaptığı 4441 psikiyatrik hastada yapılan 35 yıllık takip çalışmasında, özkıyım girişiminde bulunmayanlara göre özkıyım girişiminde bulunanların; evli olmadığı (bekar, boşanmış, dul), daha uzun bir hastalık süresine sahip olduğu, daha fazla yaşam boyu özkıyım düşüncesinin olduğu, daha fazla geçmiş özkıyım girişimine sahip olduğu bulunmuştur. Özkıyım girişiminde bulunanların kullandığı ilk üç yaygın yöntemin % 37.5 vakada yüksekten atlama, % 19.7 vakada fazla doz ilaç ve % 12.5 vakada ası olduğu görülmüştür. Özkıyım sırasında hastaların psikopatolojik özellikleri, % 54.2 iç gerginliği, % 23.4 suçluluk, % 12.5 persekütif düşünceler, % 6.2 değersizlik hissi, % 2.1 büyüklük düşünceleri, % 31.3 agresif davranış, % 30.2 psikomotor ajitasyon, % 53.1 yarışan düşünceler, % 12.5 kaygı ve % 10.4 halüsinasyon içermektedir. Bipolar bozuklukta (tip I ve II kombine halde) tamamlanmış özkıyım oranının, unipolar depresyondan yaklaşık iki kat fazla olduğu gösterilmiştir. Bipolar II hastalarının özkıyım riskinin en yüksek olduğu görülmüştür; 1163 bipolar I hastanın % 2.8’ i ve 602 bipolar II hastanın % 4.2' si özkıyımı tamamlarken, 1142 unipolar majör depresif hasta için oran % 1.9 olarak bulunmuştur (64).

Zalsman ve ark. yaptığı bir çalışmada BB ve MDB grupları arasında depresyon düzeyleri arasında fark bulunamamıştır ancak BB grubunun daha düşük umutsuzluk bildirdiği görülmüştür. İki grup arasında toplam özkıyım girişimi sayısı, özkıyım niyet puanı ve mevcut özkıyım düşüncesinin şiddetinin benzer olduğu görülmüştür. Bipolar bozukluk grubunda erkeklerde özkıyım girişimlerinin öldürücülüğü kadınlara göre daha yüksektir ve bipolar erkeklerdeki (% 56.8) öldürücü girişimlerin sayısı, bipolar kadınlardan (% 36.8) daha yaygın bulunmuştur. Girişimlerin öldürücülüğü bipolar I ve bipolar II alt türleri arasında farklılık göstermemiştir. Major depresif bozukluk grubundaki erkek ve kadınların girişimlerinin öldürücülüğü arasında fark bulunmamıştır, bununla birlikte özkıyım niyeti ve düşüncesi erkeklerde kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Bipolar bozukluk grubunda, yaşam boyu saldırganlık ve dürtüsellik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bipolar bozukluğa sahip olmak ve erkek olmak, daha öldürücü özkıyım girişimleri için riski arttırmaktadır. Niyet, ölümcül özkıyım girişimleriyle önemli derecede ilişkili bulunmuştur (65).

Yapılan başka bir çalışmada; unipolar depresyonlu hastalarda bipolar depresyonlu hastalara göre; daha yüksek özkıyım sonucu ölüm oranları bulunmuştur (yaklaşık olarak % 26' ya karşılık, % 12). Bipolar I ve II hastaları arasında ise tamamlanmış özkıyım açısından fark bulunamamıştır (66). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada bipolar bozukluk hastalarının yaklaşık % 40' ının yaşamlarında en az bir kez özkıyım girişimi olduğu, mani ataklarının daha sık olduğu hastaların özkıyım girişimi öyküsü ile daha az ilişkili olduğu, geçirilen atak sayısının fazlalığının ve atak dönemleri dışındaki rezidüel belirtilerin yüksek özkıyım riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (67).

Ailede özkıyım davranışı öyküsü olan ve çocukluğun fiziksel veya cinsel istismarına maruz kalan bipolar hastalar özkıyım açısından daha büyük risk altındadır (68). Dürtüsellik, özellikle majör depresif atak durumunda özkıyım davranışı ve çocuklukta istismar arasındaki ilişkide önemlidir (69).

Major depresyonu olan kişilerde genç yaş, düşük sosyal destek, şiddetli, tekrarlayıcı, remisyon sağlanamayan hastalık öyküsü, erken başlangıç yaşı, psikotik semptom, melankoli, kronik fiziksel hastalık, özkıyım girişimi öyküsü, kişilik bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, ailede özkıyım öyküsünün olması, umutsuzluk, impulsif-agresif özellikler özkıyım için risk faktörüdür (8).

Depresyonun varlığı özkıyım için gerekli olabilir, ancak depresyonu olan kişilerde özkıyım davranışını açıklamak için yetersiz olabilir. Dürtüsellik, özkıyım düşüncelerinden kendine zarar verici davranışlara ilerlemeyi öngören bir özellik olarak düşünülür. Brodsky ve ark. yaptığı bir çalışmada çocukluğunda fiziksel veya cinsel istismar öyküsü bildiren depresyondaki yetişkinlerin, istismar öyküsü bildirmeyenlere göre daha önce bir özkıyım girişiminde bulunma ihtimalinin daha yüksek olduğu ve daha yüksek dürtüsellik ve saldırganlık skorlarına sahip olduğu görülmüştür. Bu nedenle çocuklukta kötüye kullanım öyküsünün, depresif yetişkinlerde özkıyım davranışı ve dürtüsellik ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. İlk özkıyım girişimi yaş ortalamasının istismara uğramış grupta istismara uğramamış grupa göre daha erken olduğu gösterilmiştir (70).

8.5.ÖZKIYIMLA İLİŞKİLİ AKUT DUYGUDURUM BOZULMASI (ÖADB)

Akut özkıyım riskini değerlendirirken bazı sınırlılıklar vardır. Özkıyım risk faktörlerinin çoğunun özkıyım düşüncesini öngördüğü, özkıyım düşüncesinden girişimine ilerlemeyi öngörmediği düşünülmektedir. Tarihsel olarak bakıldığında önemli teoriler psikolojik acının (71), kendilikten kaçışın (72) öneminden bahsederler. Bu teoriler, özkıyım düşüncesi veya girişimini açıklamak gibi bir ayrıma gitmemektedir (3). Özkıyım düşüncesinin prevelansı, çoğu zaman özkıyım girişiminden daha yüksektir (73). Sadece kronik risk faktörlerine odaklanmak (psikopatoloji, geçmiş özkıyım davranışı, ailede özkıyım öyküsü) bir bireyin yakın risk altında olup olmadığını belirleme yeteneğimizi sınırlar. Ajitasyon (74), uyku bozuklukları (insomnia ve kabuslar**)** (75), sosyal izolasyon (56), duygusal durumlar (76) gibi özkıyım için akut risk faktörleri ve uyarıcı işaretler önemlidir. Bu faktörlerin özkıyım düşüncesine sahip olan bireylerde özkıyım girişimine yol açma riskine sahip olduğu düşünülmektedir (77). Yatan hastalarda özkıyım sonucu ölenlerin retrospektif bir incelemesinde, ölmekte olanların yaklaşık % 80' inin ölümden önceki hafta içinde şiddetli ajitasyon yaşadığı görülmüştür (78). Ajitasyonun akut özkıyım hastalarını kronik olanlardan ayırdığı, ajitasyonun akut özkıyım hastaları arasında daha yaygın olduğu bulunmuştur (79). Yapılan bir çalışmada, uykusuzluğun akut döneminin (ilk 7 gün) ve kabus şiddetinin depresyondan bağımsız olarak yakın dönem özkıyım düşüncesinde artışa yol açtığı görülmüştür (80). Yapılan bir çalışmada; sık görülen kabusların yüksek özkıyım riski ile ilişkili olan tek uyku değişkeni olduğu gösterilmiştir (81). Literatüre bakıldığında, umutsuzluğun özkıyım düşüncesi olanlar ile özkıyım düşüncesi olmayanlar arasında ayrımı sağladığı, ancak özkıyım düşüncesi olanlar ile özkıyım girişiminde bulunanları ayırmadığı görülmüştür. Dürtüsellik sadece özkıyım için risk faktörü değildir, aynı zamanda dürtüsellik özkıyım düşüncelerinden girişimlere geçişi kolaylaştıran önemli bir faktördür (3). Özkıyım girişimi öyküsü olan, özeleştirel bireylerle yapılan bir çalışmada, daha yüksek ölme niyetine sahip oldukları görülmüştür (82). Yapılan bir çalışmada, özkıyım sonucu ölen hasta grubunun ölmeden iki gün önce daha fazla negatif yaşam olayı yaşadığı, bunların sıklıkla kişiler arası çatışmalar olduğu gösterilmiştir (83). Farklı demografik ve psikososyal risk faktörleri ile özkıyım davranışı arasındaki istatistiksel ilişki iyi gösterilmiş olsa

da, bireysel vakalarda, özkıyımı öngörmede sınırlı bir değeri vardır (2). Özkıyım için bahsedilen risk faktörleri daha çok özkıyım düşüncesi içindir, özkıyım düşüncesinden girişimine ilerleme için değildir (3).

May ve Klonsky tarafından yapılan 27 çalışmanın meta analizine göre, depresyon ve umutsuzluk özkıyım fikrini güçlü bir şekilde, ancak özkıyım girişimlerini zayıf şekilde öngörmektedir (6). McFeeters ve ark. stresli yaşam olaylarının özkıyım girişiminde bulunanlar arasında sadece özkıyım düşüncesi olanlardan daha yaygın olduğunu göstermiştir (84).

Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, her biri ayrı ayrı özkıyım düşüncesi ve davranışı için risk taşıyan semptomların tek bir yapı altında toplanmasının anlamlı olduğu; ÖADB adı verilen bu yapının depresyon ve anksiyete semptomları, ruminasyon, olumsuzluk, bilişsel kaygı duyarlılığı, dürtüsellik gibi özkıyım için diğer risk faktörleriyle ilişkili olduğu, diğer psikiyatrik bozuklukların ötesine geçerek geçmiş özkıyım girişimleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (11).

Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması, özkıyım niyetindeki ani ve şiddetli artışları belirlemek üzere tanımlanmıştır (14). Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması için tanısal kriterler, özkıyım öyküsü olanlar arasında gözlenen kısa süreli faktörlerin ampirik incelemesinden, modern özkıyım teorilerinden elde edilmiştir (örn; kişilerarası özkıyım teorisi, üç adım teorisi) (11).

Önerilen tanı kriterleri şunları içerir:

a) Özkıyım niyetinde saatler veya günler içinde şiddetli bir artış (haftalar veya aylar yerine);

b) Aşağıdakilerden biri veya ikisi: şiddetli sosyal yabancılaşma (şiddetli sosyal içe çekilme, başkalarından tiksinme, başkaları üzerinde yük olduğuna dair algılamalar) veya belirgin kendine yabancılaşma (kendinden iğrenme, psikolojik acının yük olduğuna dair algılamalar) ;

c) Yukarıda belirtilenlerin umutsuzca dayanılmaz olduğuna dair algılamalar

d) Aşırı uyarılmanın 2 veya daha fazla belirtisi (ajitasyon, uykusuzluk, kabuslar ve sinirlilik).

Ayrıca, ÖADB' nin duygudurum bozukluğunun alevlenmesi ve madde kullanımının doğrudan sonucu da dahil olmak üzere mevcut psikiyatrik bozukluklardan farklı olduğu düşünülmektedir. Dört kriterin tamamını saatler veya

günler içinde karşılayan bireylerin bir ÖADB epizodunun kriterlerini karşıladığı düşünülmektedir (11). Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması tanısının klinik olarak anlamlı bir davranışsal sendrom olduğu ve özkıyım riskini arttırdığı düşünülmüştür (12). Yapılan çalışmalarda ÖADB' nin tek boyutluluğu yani ÖADB' nin önerdiği semptomların güçlü model uyumu ile tek bir yapı olarak bir araya geldiği gösterilmiştir (11,12,14).

Rogers ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ÖADB semptom şiddetinin, mevcut psikiyatrik bozuklukların varlığı ve depresyon semptomlarının şiddetinin üstünde ve ötesinde, geçmiş özkıyım girişiminin varlığı ile güçlü ilişkilerinin olduğu gösterilmiştir. Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması zaman sınırlı olduğu için, hasta uygun olarak takip edildiğinde semptomların zamanla azalacağı düşünülmektedir. Özkıyım niyeti ve ilişkili semptomlarda tekrarlayan durumlar yaşayan bireylerde bir sendrom olabileceği üzerinde durulmaktadır. Bu bozukluk, birleşik bir yapı olarak kavramlaştırılmıştır. Semptomlar, hızlı bir başlangıçla birlikte artmış davranışsal niyet sonucu ortaya çıkar (11).

Major depresif bozukluk kriterlerini karşılayan 227 farklı semptom kombinasyonu (85) ve borderline kişilik bozukluğu (BKB) kriterlerini karşılayan 256 farklı semptom kombinasyonu (86) gibi MDB ve BKB heterojenitesine benzer şekilde ÖADB semptomları da heterojen bir yapıdadır (11). Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması' nın birden çok özkıyım girişimi, tek özkıyım girişimi, sadece özkıyım düşüncesi olanları ve özkıyım düşüncesi olmayanları ayırdığı ve geçmiş özkıyım girişimlerinin göstergesi olduğu gösterilmiştir (11,12).

Benzer klinik özellikler sıklıkla farklı bozukluklarda ortak olduğundan, dışlama kriterlerinin belirlenmesi ve ÖADB' nin temel özelliklerinin duygudurum veya anksiyete bozuklukları tarafından daha iyi karşılanmadığından emin olunması gerekmektedir (87).

Kişi, geçmişte ÖADB tanısı aldıysa, gelecekte tekrarlama olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır (11). Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması, özkıyım niyetinde tekrarlayan artışlara yol açan bir sendromdur (14).

Olumsuz duygulanım, özkıyımı anlamak açısından önemlidir ve ÖADB kriterleri ile ilişkilidir, ancak akut özkıyım davranışını açıklayamaması nedeniyle doğrudan ÖADB' ye dahil edilmemiştir (12). Özkıyım girişiminde bulunanların veya

özkıyımı tamamlayanların % 10' u herhangi bir psikiyatrik bozukluğa sahip değildir (10). Özkıyım sonucu ölenlerin % 90' ında ölüm sırasında en az bir psikiyatrik bozukluk varsa da psikiyatri hastalarının çoğu özkıyım davranışında bulunmamaktadır, bu nedenle psikiyatrik bozukluk özkıyım için tek başına yeterli değildir. Özkıyım risk faktörlerini belirlemek için, psikiyatrik bozukluk dışı etkenler de göz önünde bulundurulmalıdır (88). Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması' nın psikiyatrik hastalıklara bağlanamayan özkıyımlarla ilgili bu sorunu çözebileceği düşünülmektedir. Özkıyım için akut risk faktörlerini ayrıştıran bir tanı sisteminin, psikopatolojik özellikler ve bunların nasıl etkileşime girdiğinden ziyade, akut özkıyım riski açısından kimin en riskli olduğunu anlamada yardımcı olacağı düşünülmektedir. Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması, akut özkıyım riski ile ilgili literatürden türetilmiştir ve akut özkıyım riski ile ilgili çok sayıda risk faktörünün değerlendirilmesine gerek kalmadan bir klinik yargıya varmaya olanak sağlar (12).

9. GEREÇ VE YÖNTEMLER

9.1.ÖRNEKLEM

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi polikliniklerine başvuran DSM-5' e göre Duygudurum Bozukluğu (Major Depresif Bozukluk, Bipolar Bozukluk Tip 1 ve tip 2) tanısı alan 1527 hasta Ekim 2017- Mart 2019 tarihleri arasında ardısıra aranarak araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden 200 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Görüşmeyi sürdürmeye engel olacak şiddette psikotik belirtisi olan hastalar ve yeterli eğitim düzeyi bulunmayan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

9.1.1.Dahil Etme Kriterleri:

1) DSM- 5' e göre bipolar affektif bozukluk veya major depresif bozukluk tanısı almış olmak

2) Ölçek uygulamaları konusunda yeterliliğe sahip çalışmacı tarafından verilecek bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

3) Öz bildirime dayalı ölçeklerin doldurulabilmesi için okur yazar olmak

9.1.2.Dışlama Kriterleri

1) 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak

2) Görüşme ile anlaşılır düzeyde mental retardasyonu ve bilişsel kusuru olmak,

3) Ölçeklerin doldurulabilmesini sağlayacak eğitim düzeyinin bulunmaması

4) Görüşme ile anlaşılır düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalık bulunması

5) Görüşmeyi sürdürmeye engel olacak düzeyde aktif psikotik belirtisi olmak

9.2.YÖNTEM

Hastalar çalışma ilgili bilgilendirildikten ve aydınlatılmış onam formunu imzaladıktan sonra hastalara Duygudurum Bozuklukları Hasta Kayıt Formu

uygulanmıştır. Hastalara klinisyen tarafından sosyodemografik veri formu, klinik veri formu ve yaşam boyu izlem çizelgesi doldurulmuştur. Bu kişilere özbildirime dayalı ölçek olan anksiyete ve depresyon semptomlarını değerlendirmek için Hasta Sağlık Anketi- Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği (HSA- SADBÖ) ve klinisyenin değerlendirmesine dayanan, manik dönem hastalık şiddetini ölçmek üzere Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), özkıyım şiddetini ölçmek üzere Columbia - Özkıyım Şiddetini Derecelendirme Ölçeği, psikotik semptomları değerlendirmek için Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ), komorbid alkol-madde kullanım sorununu değerlendirmek üzere Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT) ve Madde Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (MKBTT) ve Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması Envanteri-Yaşamboyu (ÖADBE-Y) ile Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması Envanteri-Güncel (ÖADBE-G) ölçeği uygulanmıştır.

9.3.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

9.3.1.Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Bu form araştırmacılar tarafından bu çalışma için hazırlanmıştır.

9.3.2.Yaşamboyu İzlem Çizelgesi

Post ve ark tarafından geliştirilmiştir (89). Bu çizelge üzerinde hastalığın başlangıç yaşı, yineleyen dönemlerin şiddeti ve tarihleri, kullanılan ilaçlar, yaşam olayları işaretlenebilmektedir. Koruyucu sağaltıma alınan hastaların izlenmesinde yaşam çizelgesinin kullanılması önemli kolaylıklar sağlar. Hasta ve hasta yakınlarının sağaltıma uyumunu artırıcı rolü vardır (22). Bunlara ek olarak hastane yatışı, özkıyım girişimi, psikotik belirtiler ve klinisyenin yorumları gibi ek bilgiler de, çizelgenin alt kısmına konabilir (90).

9.3.3.Columbia-Özkıyım Şiddetini Derecelendirme Ölçeği

Posner tarafından geliştirilen Columbia-Özkıyım Şiddetini Derecelendirme Ölçeği; özkıyım düşüncesi, düşüncelerin yoğunluğu, özkıyım davranışı ve

gerçekleşmiş özkıyımların ciddiyetini sorgulayan, özkıyım riskinin yarı yapılandırılmış bir görüşme formatında değerlendirilmesine imkan sağlayan 4 alt ölçekten oluşmaktadır (91). Ölçeğin ilk bölümünde ölme isteğinden, belirli bir plan ve niyet içeren özkıyım düşüncelerine kadar artan şiddette özkıyım düşüncelerini sorgulayan 5 soru mevcuttur ve bunlara evet/ hayır şeklinde yanıt verilmesi istenmektedir. Özkıyım düşüncesi 1-5 arası puanlanır. İlk bölümde özkıyım düşüncelerinden biri tespit edilmişse 2. bölümde bu düşüncelerin sıklığı, süresi, kontrol edilebilirliği, caydırıcı durumların etkisi ve özkıyım düşüncelerinin nedenlerini sorgulayan 2-25 puan arası değerlendirme sağlayan sorular mevcuttur. Ölçeğin üçüncü bölümünde ise özkıyım davranışları sorgulanmaktadır. Bu bölümde geçmiş özkıyım davranışının olup olmadığı ayrıca özkıyım amacı taşımayan kendini yaralama davranışı sorgulanır. Gerçek girişim mutlaka ölme niyeti ile yapılan kendini yaralama davranışı olarak tanımlanmakta ve yaralanma oluşmasını şart koşmamaktadır. Niyet sorgulanarak davranışın özkıyım girişimi mi yoksa kendini yaralama davranışı mı olduğu tespit edilmeye çalışılır. Bunun dışında engellenen özkıyım girişiminin varlığı, kendisinin durdurduğu bir girişim olup olmadığı, özkıyıma hazırlayıcı davranışların varlığı değerlendirilir. Son bölümde ise, geçmişte gerçek özkıyım girişimi öyküsü varsa bunun ölümcüllük seviyesi 0-5 arasında puanlanmaktadır.

9.3.4.Hasta Sağlık Anketi- Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği (HSA- SADBÖ)

Kroenke ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Hasta tarafından doldurulan öz bildirimli ölçektir. Hem araştırmada hem de günlük klinik uygulamada kullanılabilir. Somatik semptomları değerlendiren Hasta Sağlık Anketi-15 (HSA-15), 7 temel anksiyete semptomunu değerlendiren Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7), kaygı ataklarını değerlendiren Panik-5 (P-5) ve major depresif bozukluğun 9 alanını değerlendiren Hasta Sağlık Anketi-9 (HSA-9) alt ölçeklerinden oluşur. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (92).

9.3.5.Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ)

Overall ve arkadaşları (1962) tarafından geliştirilmiştir. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda psikotik ve bazı depresif belirtilerin şiddetini ve değişimini ölçmek için kullanılan bu ölçek, yarı yapılandırılmış olup, 18 maddeden oluşur. Her madde 0-6 puan arasında değerlendirilir ve toplam puan hepsinin toplamından oluşur. On beş-otuz puan minör sendrom, 30 ya da daha üzeri majör sendromu ifade eder (93).

9.3.6.Duygudurum Bozuklukları Hasta Kayıt Formu

Hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, tedaviye başlama yaşı, öyküde fiziksel ve cinsel kötüye kullanım, akademik ve sosyal işlevsellik, premenstrüel sendrom, ilk hastalık dönemi tipi, dönem şiddeti ve süresi, doğum sonrası başlangıç, mevsimsellik, depresyon alttipi, psikotik bulgulu dönem, özkıyım girişimi, hastaneye yatış, dönem süresi, dönem sayıları, egemen gidiş örüntüsü, ani başlangıç ve bitiş, süregenlik ve hızlı döngülülük, kayma, sigara, alkol ve madde kullanımı, koruyucu tedavi öyküsü ve önceki hastalık döneminden şimdiki hastalık dönemine kadar olan süre için tedavi uyumunu sorgulamaktadır (94).

9.3.7.Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Duygudurum bozukluğu klinik çalışmalarında en sık kullanılan ölçektir. Young ve arkadaşları 1978' de mani derecelendirme ölçeğini (Young Mani Derecelendirme Ölçeği, YMDÖ) geliştirmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (95). Klinisyenin uyguladığı bir ölçektir. On bir maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi içeren bir ölçektir. Beşinci, altıncı, sekizinci ve dokuzuncu maddelere, iletişime girilmesi güç olan hastaların daha iyi ayırdedilmesi için iki katı ağırlık verilmiştir. Şiddetini derecelendirme ise son 48 saat içinde hastanın öznel kanaati ile bildirdiklerine ve klinisyenin görüşme sırasında hastanın davranışları ile ilgili gözlemlerine dayanmaktadır. Öncelikle klinisyenin görüşü önemlidir.

9.3.8.Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması Envanteri-Yaşamboyu ve Güncel (Acute suicidal affective disturbance-ASAD)

Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması Envanteri- Yaşamboyu (ÖADBE- Y), 26 maddeden oluşan yaşam boyu ÖADB semptomlarının bir ölçümüdür. Öğeler, özkıyım niyetinin şiddetli artışının varlığını ve ciddiyetini yansıtmaktadır. Ayrıca, özkıyım niyetinin önemli ölçüde arttığı en şiddetli zaman zarfında kendini soyutlama duyguları, kendinden ve başkalarından tiksinme duygularının ve başkalarına yük olma algılarının şiddetini değerlendirir. Dört madde, özkıyıma yönelik niyetin en belirgin biçimde arttığı şiddetli zaman süresince uykusuzluk sorunlarının şiddetini, kabusları, tedirginlik ve sinirlilik hissini değerlendirir. Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması Envanteri-Yaşamboyundaki daha yüksek puanlar, ÖADB semptomlarının yaşam boyu şiddetinin arttığını yansıtmaktadır. Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması Envanteri- Güncel (ÖADBE- G), 26 maddeden oluşan son 1 hafta içindeki ÖADB semptomlarının bir ölçümüdür. Ölçeği geliştirme çalışmaları Tucker ve arkadaşları tarafından yapılmış olup (12), Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2018 yılında Yazıcı Güleç ve ark. tarafından yapılmıştır (96).

9.3.9.Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT)

Alkol kullanım bozukluğu ve içmeye bağlı sorunları olan hastalara erken tanı koymaya yardımcı olan bu test Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir (97). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (98). İçme alışkanlığı, alkol tüketimi ve alkole ilişkin sorunları saptayan 10 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin ilk üç sorusu tehlikeli alkol kullanımını, 4. 5. ve 6. sorular bağımlılık belirtilerini, son dört soru da zararlı alkol kullanımını göstermektedir. Ölçek toplam puanı 40 olup, toplum çalışmalarında 8- 11 arasında değişen farklı kesme noktaları bulunmakla birlikte önerilen kesme noktası 8’ dir.

9.3.10.Madde Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (MKBTT)

Madde Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi, AKBTT’ ye paralel olarak geliştirilen; Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmış (99), bireydeki madde kullanım sorununu saptamayı hedefleyen, 11 sorudan oluşan bir tarama testidir.

9.3.11.Barratt Dürtüsellik Ölçeği- 11(BDÖ- 11)

Dürtüselliği ölçmek için geliştirilmiş, 30 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir (100). Dikkatle ilişkili dürtüsellik; bilişsel karışıklığı tolere edememe ve sabırsızlığı, motor dürtüsellik anında düşünmeden eyleme geçmeyi, plansızlık dürtüselliği ise gelecek hissinin yokluğunu temsil eder. Yüksek puanlar yüksek dürtüsellik düzeyini gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (101).

9.4.İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken istatistiksel analizler için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 20 programı kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılarak incelendi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (yüzde,ortanca, ortalama, standart sapma, çeyrekler açıklığı) kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen verilerin ikili karşılaştırmasında Mann Whitney U testi, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Üç grubun verilerinin karşılaştırılmasında normal dağılıma uymayan veriler için Kruskal Wallis Testi, normal dağılıma uyan veriler için Tek Yönlü Anova testi, üç grup arasında anlamlı farklılık gösteren verilerde farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının incelenmesinde ise Post-hoc Tukey testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ise Pearson korelasyon analizleri kullanıldı. Anlamlılık $p< 0.05$ düzeyinde kabul edildi.

10. BULGULAR

10.1.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmaya katılan katılımcıların % 38.5’ i (n= 77) erkek iken % 61.5’ i (n= 123) kadındı. Yaşamboyu özkıyım girişimi olan, yalnızca özkıyım niyeti olan ve özkıyım niyeti/ girişimi olmayan gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel anlamlı bir fark tespit edilmedi.

Tüm katılımcıların yaş ortalaması 45.10 ± 11.27 iken katılan hastaların yaşları 20 ila 65 arasında değişmekteydi. Yaşamboyu özkıyım girişimi olan grubun yaş ortalaması 42.86 ± 10.62, özkıyım niyeti olan grubunki 44.05 ± 10.53, özkıyım niyeti/ girişimi olmayan grubun yaş ortalaması 48.07 ± 12.14 bulunmuş olup istatistiksel açıdan fark tespit edildi ($p<0.05$). Yaşamboyu özkıyım girişimi olan grubun yaş ortalaması, özkıyım niyeti/ girişimi olmayan grubun yaş ortalamasına göre istatistiksel olarak daha düşüktü ($p= 0.033$).

Katılımcıların öğrenim yılı ortalaması 10.13 ± 4.01' tü. % 39' u (n= 78) bekar, boşanmış veya dul iken % 61' i (n= 122) evliydi. Katılımcıların % 57.5' i (n= 115) çalışıyor, % 42.5' i (n= 85) çalışmıyor olarak bulundu. Katılan hastaların % 18 'inin (n= 36) alt, % 79.5' inin (n= 159) orta, % 2.5' inin (n= 5) üst düzey sosyoekonomik duruma sahip olduğu görüldü. Yaşamboyu özkıyım girişimi olan, sadece niyeti olan ve özkıyım girişimi/ niyeti olmayan gruplar öğrenim yılı, medeni durum, çalışabilirlik ve sosyoekonomik durum açısından anlamlı farklılık göstermedi ($p>0.05$).

Çalışmaya dahil edilen hastaların sosyodemografik özellikleri ve özkıyım öyküsüne göre karşılaştırma sonuçları Tablo-1 'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Özkıyım Öyküsüne Göre Karşılaştırma Sonuçları

		Özkıyım girişimi olan n(%) (n=51)	Özkıyım niyeti olan n(%) (n=82)	Özkıyım girişimi/niyeti olmayan n(%) (n=67)	Toplam n(%) (n=200)	p
Cinsiyet	Kadın	37 (% 72.5)	50 (% 61.0)	36 (% 53.7)	123 (%61.5)	0.114
	Erkek	14 (% 27.5)	32 (% 39)	31 (% 46.3)	77 (% 38.5)	
Yaş	Ort±SS	42.86±10.62[1]	44.05±10.53[1,2]	48.07±12.14[2]	45.10±11.27	**0.024**
Öğrenim yılı	Ort±SS	9.65±3.72	10.60±3.95	9.93±4.27	10.13±4.01	0.36
Medeni durum	Bekar	16 (% 31.4)	32 (% 39.0)	30 (% 44.8)	78 (% 39)	0.335
	Evli	35 (% 68.6)	50 (% 61.0)	37 (% 55.2)	122 (% 61)	
Çalışabilirlik	Çalışıyor	24 (% 47.1)	51 (% 62.2)	40 (% 59.7)	115 (%57.5)	0.207
	Çalışmıyor	27 (% 52.9)	31 (% 37.8)	27 (% 40.3)	85 (% 42.5)	
Sosyoekonomik	Alt	7 (% 13.7)	13 (% 15.9)	16 (% 23.9)	36 (% 18.0)	0.613
	Orta	43 (% 84.3)	67 (% 81.7)	49 (% 73.1)	159 (%79.5)	
	Üst	1 (% 2.0)	2 (% 2.4)	2 (% 3.0)	5 (% 2.5)	

Post Hoc Test 2>1

10.2.KLİNİK ÖZELLİKLER

Çalışmaya dahil edilen hastaların 51' inin (% 25.5) yaşam boyu en az bir kez özkıyım girişimi olmuş iken 82' sinin (% 41.0) yaşamboyu sadece özkıyım niyeti olmuş olup, özkıyım girişiminin olmadığı, 67' sinin (% 33.5) ise yaşamboyu özkıyım girişimi veya özkıyım niyetinin olmadığı görüldü. Çalışmaya dahil edilen hastaların duygudurum bozukluğu başlangıç yaşı ortalaması, 29.87 ± 11.21 idi. Yaşamboyu

özkıyım girişimi olanların duygudurum bozukluğu başlangıç yaşı ortalaması 26.66 ± 10.62, özkıyım niyeti olan grubun 31.01 ± 10.68, özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grubun 30.94 ± 11.94 olup anlamlıya yakın fark bulundu (p=0.059).

Tüm hastalarda ilk tedavi yaşı ortalaması, 33.29 ± 10.34 iken yaşamboyu özkıyım girişimi olanların ilk tedavi yaşı ortalaması 29.94 ± 10.18, özkıyım niyeti olan grubun 34.15 ± 9.24, özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grubun ilk tedavi yaşı ortalaması 34.79 ± 11.28 olup anlamlı fark bulundu (p<0.05). Yaşamboyu özkıyım girişimi olan grubun ilk tedavi yaşı ortalaması, özkıyım girişimi/ niyeti olmayan gruba göre anlamlı derecede düşüktü (p=0.030). Hastane yatış sayısı ortalaması yaşamboyu özkıyım girişimi olan grupta 1.61, sadece özkıyım niyeti olan grupta 0.79, özkıyım girişimi/niyeti olmayan grupta 1.10 olarak bulunmuş olup özkıyım girişimi olan grup ile yalnızca özkıyım niyeti olan grup arasında anlamlı fark bulundu (p<0.05); sadece özkıyım niyeti olan grubun hastane yatış sayısı, yaşamboyu özkıyım girişimi olan gruba göre daha düşüktü. Diğer gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Travma açısından karşılaştırıldığında; özkıyım girişimi olan olguların % 60.8' inde travma öyküsü var iken sadece özkıyım niyeti olan grubun % 42.72' sinde, özkıyım niyeti/girişimi olmayan grubun % 31.3 'ünde travma öyküsü vardı (p<0.05).

Özkıyım girişimi olan, sadece özkıyım niyeti olan ve özkıyım girişimi/ niyeti olmayan gruplar arasında komorbid hastalık, duygudurum bozukluğu başlangıç yaşı, iki uçlu bozukluk tanısıyla ilk tedavi yaşı, hastalık süresi açısından fark saptanmadı. Çalışmaya dahil edilen hastaların klinik özellikleri ve özkıyım öyküsüne göre karşılaştırma sonuçları Tablo 2-5 arasında özetlenmiştir.

Tablo 2: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Klinik Özellikleri ve Özkıyım Öyküsüne Göre Karşılaştırma Sonuçları

		Özkıyım girişimi olan n(%) (n=51)	Özkıyım niyeti olan n(%) (n=82)	Özkıyım girişimi/niyeti olmayan n(%) (n=67)	p
Komorbidite	Var	22 (% 43.1)	39 (% 47.6)	24 (% 35.8)	0.352
Duygudurum başlangıç yaşı	Ort ±SS	26.66±10.62	31.01± 10.68	30.94 ± 11.94	0.059
İlk tedavi yaşı	Ort ±SS	29.94±10.18[1]	34.15±9.24[1,2]	34.79±11.28[2]	**0.025**
İki uçlu bozukluk tanısıyla ilk tedavi yaşı	Ort±SS	31.16±8.93	33.14±10.13	35.94±12.66	0.278
Hastane yatış sayısı	Ort	1.61[2]	0.79[1]	1.10[1,2]	**0.024**
Hastalık süresi(yıl)	Ort±SS	16.29±10.61	13.73±9.04	17.40±13.11	0.114
Travma	Var	31 (% 60.8)	35 (% 42.7)	21 (% 31.3)	**0.006**

Post Hoc Test 2>1

Tablo 3: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Klinik Özellikleri ve Özkıyım Öyküsüne Göre Karşılaştırma Sonuçları

		Özkıyım girişimi olan (n)	Özkıyım niyeti olan (n)	Özkıyım girişimi/niyeti olmayan (n)	p
Toplam mani	Ort	0.85	0.85	1.13	0.531
Toplam karma	Ort	0.12	0.11	0.04	0.300
Toplam hipomani	Ort	1.26	1.04	1.13	0.923
Toplam depresyon	Ort	3.46	3.82	2.69	0.294
Toplam atak	Ort	5.73	5.85	4.98	0.715

Özkıyım girişimi olan, yalnızca özkıyım niyeti olan ve özkıyım girişimi/ niyeti olmayan hastalar arasında toplam mani, karma, hipomani, depresyon ve toplam atak sayısı açısından fark saptanmadı ($p<0.05$). Yaşamboyu özkıyım girişimi ve sadece özkıyım niyeti olan grupta toplam depresif atak sayısının, toplam mani sayısına göre daha yüksek olduğu görüldü.

Tablo 4: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Klinik Özellikleri ve Özkıyım Öyküsüne Göre Karşılaştırmaları

		Özkıyım girişimi olan n(%) (n=51)	Özkıyım niyeti olan n(%) (n=82)	Özkıyım girişimi/niyeti olmayan n(%) (n=67)	p
Koruyucu kesinti	Evet	20 (%39.2)	23 (%28.0)	27 (% 40.3)	0.227
Atak dönemlerinde stresli yaşam olayı	Var	46 (%90.2)	55 (%67.1)	48 (% 71.6)	**0.010**
Atak dönemlerinde özkıyım düşüncesi	Var	44 (%86.3)	69 (%85.2)	0 (% 0)	**0.000**
Atak dönem dışı özkıyım düşüncesi	Var	23 (%45.1)	15 (%18.5)	0 (% 0)	**0.000**

Gruplar arasında atak dönemlerinde stresli yaşam olayı, atak dönemlerinde özkıyım düşüncesi, atak dönemi dışında özkıyım düşüncesi açısından anlamlı fark vardı ($p<0.05$). Atak dönemlerinde stresli yaşam olayının, özkıyım girişiminde bulunan 51 hastanın % 90.2' sinde yani 46 hastada mevcut iken girişimi/ niyeti olmayan 67 hastanın % 71.6' sında yani 48 hastada, sadece özkıyım niyeti olan 82 hastanın % 67.1' inde yani 55 hastada mevcut olduğu görüldü.

Atak dönemi dışında özkıyım düşüncesi, özkıyım girişiminde bulunan 51 hastanın % 45.1' inde yani 23 hastada mevcuttur; sadece özkıyım niyeti olan hastaların ise % 18.5' inde yani 15 hastada mevcuttu.

Atak döneminde özkıyım düşüncesi ise yaşamboyu özkıyım girişiminde bulunan grup ile sadece özkıyım niyeti olan grup arasında benzer bulundu.

Tablo 5: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Klinik Özellikleri ve Özkıyım Öyküsüne Göre Karşılaştırmaları

		Özkıyım girişimi olan n(%)	Özkıyım niyeti olan n(%)	Özkıyım girişimi/niyeti olmayan n(%)	p
Ailede özkıyım girişimi öyküsü	var	21 (% 41.2)	16 (%19.5)	11 (% 16.4)	**0.004**
Ailede özkıyım girişimi sonucu ölen	var	7 (% 13.7)	7 (% 8.5)	6 (% 9.0)	0.588

Ailede özkıyım girişimi öyküsü, yaşamboyu özkıyım girişiminde bulunan hasta grubunun % 41.2' sinde yani 21 hastada mevcut olup diğer gruplarla arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

10.3.ÇALIŞMA GRUPLARININ ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışma grupları karşılaştırıldığında yaşamboyu özkıyım girişimi olan grupta KPDÖ puan ortalaması 15.92 ± 11.24, yalnızca özkıyım niyeti olan grubun KPDÖ puan ortalaması 12.79 ± 9.48, özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grubun KPDÖ puan ortalaması 6.37 ± 6.46 olup anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.000$). Özkıyım niyeti/ girişimi olmayan grubun KPDÖ puan ortalaması diğer iki gruba göre belirgin düşüktü ($p=0.000$).

Barratt Dürtüsellik Ölçeği- 11 açısından kıyaslandığında, özkıyım girişimi olan grubun puan ortalaması 68.059 ± 10.988 olup, diğer iki grubun puan ortalamasına göre belirgin yüksek olarak bulundu ($p=0.000$).

Gruplar, HSA-15, HSA-9 ve YAB-7 ölçek puan ortalamaları açısından kıyaslandığında anlamlı fark bulundu (p=0.000). Hastalık Sağlık Anketi-9 ölçek puanlarına göre kıyaslandığında yaşamboyu özkıyım girişimi olan grubun puan ortalaması 14.18 ± 8.08, yalnızca özkıyım niyeti olan grubunki 11.78 ± 7.57, özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grubunki 6.09 ± 5.81 olarak bulundu. Yaşamboyu özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grupta HSA-9 puan ortalaması diğer iki gruba göre belirgin olarak daha düşük bulundu.

Hastalık Sağlık Anketi-15 ölçek puanlarına göre kıyaslandığında yaşamboyu özkıyım girişimi olan grubun puan ortalaması 13.37 ± 7.14, yalnızca özkıyım niyeti olan grubunki 10.67 ± 6.30, özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grubunki 6.60 ± 5.33 olarak bulundu. Yaşamboyu özkıyım girişimi olan grupta HSA-15 puan ortalaması diğer iki gruba göre daha yüksek bulundu.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 ölçek puanlarına göre kıyaslandığında yaşamboyu özkıyım girişimi olan grubun puan ortalaması 11.157 ± 6.745, yalnızca özkıyım niyeti olan grubunki 8.744 ± 6.302, özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grubunki 4.567 ± 5.240 olarak bulundu. Yaşamboyu özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grupta YAB-7 puan ortalaması diğer iki gruba göre belirgin olarak daha düşük bulundu.

Gruplar AKBTT, MKBTT ve YMDÖ ölçek puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında farklılık saptanmadı. Çalışma gruplarının ölçek puanlarının karşılaştırma sonuçları Tablo 6' da özetlenmiştir.

Tablo 6: Çalışma Gruplarının Ölçek Puanlarının Karşılaştırma Sonuçları

		Özkıyım girişimi olan	Özkıyım niyeti olan	Özkıyım girişimi/niyeti olmayan	p
MKBTT	Ort±SS	0.412±1.768	0.492±2.855	0.149±0.701	0.591
AKBTT	Ort±SS	1.25±2.04	1.63±3.26	0.72±1.39	0.080
KPDÖ	Ort±SS	15.92±11.24[2]	12.79±9.48[2]	6.37±6.46[1]	**0.000**
BDÖ-11	Ort±SS	68.059±10.988[2]	60.876±11.339[1]	58.269±9.417[1]	**0.000**
YAB-7	Ort±SS	11.157±6.745[2]	8.744±6.302[2]	4.567±5.240[1]	**0.000**
HSA-15	Ort±SS	13.37±7.14[3]	10.67±6.30[2]	6.60±5.33[1]	**0.000**
HSA-9	Ort±SS	14.18±8.08[2]	11.78±7.57[2]	6.09±5.81[1]	**0.000**
YMDÖ	Ort±SS	0.25±1.30	0.80±3.22	1.22±3.18	0.189

Post Hoc Test 3>2>1

AKBTT: Alkol Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi, BDÖ-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, HSA: Hasta Sağlık Anketi, KPDÖ: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, MKBTT: Madde Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

10.4.ÇALIŞMA GRUPLARININ COLUMBİA- İNTİHAR ŞİDDETİNİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Ömür boyu Columbia özkıyım düşünce şiddeti puan ortalamaları gruplar arasında karşılaştırıldığında özkıyım girişimi olan grupta puan ortalaması 0.57, yalnızca özkıyım niyeti olan grupta puan ortalaması 0.16, özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grupta puan ortalaması 0.00 bulunmuş olup özkıyım girişimi olan grup ile yalnızca özkıyım niyeti olan grup (p=0.000), özkıyım girişimi olan grup ile özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grup (p=0.000) ve yalnızca özkıyım niyeti olan grup ile özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grup (p=0.000) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu görüldü (p< 0.015).

Ömür boyu Columbia özkıyım düşünce yoğunluğu puan ortalamaları açısından bakıldığında özkıyım girişimi olan grupta puan ortalaması 3.63, özkıyım niyeti olan grupta puan ortalaması 1.13, özkıyım girişimi/niyeti olmayan grupta ise

0.00 olarak bulunmuş olup gruplar arasında anlamlı fark vardı (p=0.000). Özkıyım girişimi olan grubun özkıyım ömürboyu özkıyım düşünce yoğunluğu puan ortalaması diğer iki gruba göre daha yüksekti.

Geçmiş özkıyım girişimi açısından karşılaştırıldığında özkıyım girişimi olan grupta ortalama girişim sayısı 3 olarak bulundu.

Çalışma gruplarının Columbia-Özkıyım Şiddetini Derecelendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırma sonuçları Tablo 7 'de özetlenmiştir.

Tablo 7: Çalışma Gruplarının Columbia-Özkıyım Şiddetini Derecelendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırma Sonuçları

	Özkıyım girişimi olan (n=51)		**Özkıyım niyeti olan (n=82)**		**Özkıyım girişimi/niyeti olmayan (n=67)**		**p**
	Ortalama	**Ortanca**	**Ortalama**	**Ortanca**	**Ortalama**	**Ortanca**	
Özkıyım düşünce şiddeti ömürboyu	0.57[3]	4.00	0.16[2]	1.00	0.00[1]	0.00	**0.000**
Özkıyım düşünce yoğunluğu ömürboyu	3.63[3]	17.00	1.13[2]	10.00	0.00[1]	0.00	**0.000**
Gerçek özkıyım girişimi sayısı	3.00[2]	1.00	0.00[1]	0.00	0.00[1]	0.00	**0.000**

Anlamlılık değerleri 3>2>1

10.5.ÇALIŞMA GRUPLARININ ÖADB ŞİDDETİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Gruplar arasında ÖADB skorları karşılaştırıldığında özkıyım girişimi olan grupta yaşamboyu ÖADB skor ortalaması 100.90, yalnızca özkıyım niyeti olan grupta yaşamboyu ÖADB skor ortalaması 16.30, özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grupta yaşamboyu ÖADB skor ortalaması 0.00 bulunmuş olup özkıyım girişimi olan grup ile yalnızca özkıyım niyeti olan grup (p=0.000), özkıyım girişimi olan grup ile özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grup (p=0.000) ve yalnızca özkıyım niyeti olan grup ile özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grup (p=0.003) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu görüldü (p< 0.015). Çalışma gruplarının ÖADB şiddeti açısından karşılaştırma sonuçları Tablo 8' de özetlenmiştir.

Tablo 8: Çalışma Gruplarının Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması (ÖADB) Şiddeti Açısından Karşılaştırma Sonuçları

	Özkıyım girişimi olan (n=51)		**Özkıyım niyeti olan (n=82)**		**Özkıyım girişimi/niyeti olmayan (n=67)**		**p**
	Ortalama	**Ortanca**	**Ortalama**	**Ortanca**	**Ortalama**	**Ortanca**	**0.000**
ÖADB	100.90[3]	85.00	16.30[2]	0.00	0.00[1]	0.00	

Anlamlılık değerleri 3> 2>1

ÖADB: Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması

Tablo 9: ÖADB Değişkeni ile Özkıyım Girişimi Olan ve Özkıyım Niyeti Olan Gruplar Arasındaki Diskriminant Analizi Sonuçları

	Girişimi olan n(%)	**Niyeti olan n(%)**	**Toplam**
Girişimi olan	26(%51.0)	25(%49.0)	51
Niyeti olan	7(%8.5)	75(91.5)	82

Özkıyım girişimi olan ve yalnızca özkıyım niyeti olan gruplar ile ÖADB değişkeni arasında yapılan diskriminant analizinde özkıyım girişimi olan 51 kişinin 26' sı doğru şekilde gruplandırıldı. Yalnızca özkıyım niyeti olan grupta 82 kişinin 7 tanesinin yanlış yerleştirildiği görüldü. Özkıyım girişimi olan gruba % 51 doğru yerleştirme varken, yalnızca özkıyım niyeti olan gruba % 91.5 doğru yerleştirme vardı. Sonuçta, katılımcıların % 75.9' unun doğru şekilde gruplandırıldığı görüldü.

10.6.BİPOLAR BOZUKLUK VE MAJOR DEPRESYON HASTALARININ YAŞAMBOYU ÖADB ŞİDDETİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Seksen dokuz MDB ve 111 BB (83 BB-1, 28 BB-2) hastasının ÖADB skorlarının karşılaştırılması sonucunda MDB hastalarının ÖADB skor ortalamasının 44.92, BB hastalarının ÖADB skor ortalamasının 22.39 olduğu görülmüş olup gruplar arasında fark saptanmadı. (p= 0.98). Bipolar Bozukluk ve Major Depresif Bozukluk hastalarının Yaşamboyu ÖADB şiddeti açısından karşılaştırma sonuçları Tablo 10' da özetlenmiştir.

Tablo 10: Bipolar Bozukluk ve Major Depresyon Hastalarının Yaşamboyu ÖADB Şiddeti Açısından Karşılaştırma Sonuçları

	MDB (n=89)		**BB (n=111)**		**p**
	Ortalama	**Ortanca**	**Ortalama**	**Ortanca**	0.98
ÖADB	44.92	0.00	22.39	0.00	

BB: Bipolar Bozukluk, MDB: Major Depresyon Bozukluğu, ÖADB: Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması

Seksen dokuz MDB ve 83 BB Tip 1 hastasının ÖADB skorlarının karşılaştırılması sonucunda MDB hastalarının ÖADB skor ortalamasının 44.92, BB Tip 1 hastalarının ÖADB skor ortalamasının 19.51 olduğu görülmüş olup anlamlı fark saptanmadı (p=0.174). Bipolar Bozukluk Tip 1 ve Major Depresif Bozukluk

hastalarının Yaşamboyu ÖADB şiddeti açısından karşılaştırma sonuçları Tablo 11' de özetlenmiştir.

Tablo 11: Bipolar Bozukluk Tip 1 ve Major Depresyon Hastalarının Yaşamboyu ÖADB Şiddeti Açısından Karşılaştırma Sonuçları

	MDB (n=89)		BB Tip 1 (n=83)		p
	Ortalama	Ortanca	Ortalama	Ortanca	0.174
ÖADB	44.92	0.00	19.51	0.00	

BB: Bipolar Bozukluk, MDB: Major Depresyon Bozukluğu, ÖADB: Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması

Seksen dokuz MDB ve 28 BB Tip 2 hastasının ÖADB skorlarının karşılaştırılması sonucunda MDB hastalarının ÖADB skor ortalamasının 44.92, BB Tip 2 hastalarının ÖADB skor ortalamasının 30.93 olduğu görülmüş olup anlamlı fark saptanmadı (p=0.180). Bipolar Bozukluk Tip 2 ve Major Depresif Bozukluk hastalarının Yaşamboyu ÖADB şiddeti açısından karşılaştırma sonuçları Tablo 12' de özetlenmiştir.

Tablo 12: Bipolar Bozukluk Tip 2 ve Major Depresyon Hastalarının Yaşam Boyu ÖADB Şiddeti Açısından Karşılaştırma Sonuçları

	MDB (n=89)		BB Tip 2 (n=28)		p
	Ortalama	Ortanca	Ortalama	Ortanca	0.180
ÖADB	44.92	0.00	30.93	0.00	

BB: Bipolar Bozukluk, MDB: Major Depresyon Bozukluğu, ÖADB: Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması

Seksen üç BB Tip 1 ve 28 BB Tip 2 hastasının ÖADB skorlarının karşılaştırılması sonucunda BB Tip 1 hastalarının ÖADB skor ortalamasının 19.51,

BB Tip 2 hastalarının ÖADB skor ortalamasının 30.93 olduğu görülmüş olup anlamlı fark saptanmadı (p=0.498). Bipolar Bozukluk Tip 1 ve 2 hastalarının Yaşamboyu ÖADB şiddeti açısından karşılaştırma sonuçları Tablo 13' te özetlenmiştir.

Tablo 13: Bipolar Bozukluk Tip 1 ve 2 Hastalarının Yaşam Boyu ÖADB Şiddeti Açısından Karşılaştırma Sonuçları

	BB Tip 1 (n=83)		**BB Tip 2 (n=28)**		**p**
	Ortalama	**Ortanca**	**Ortalama**	**Ortanca**	0.498
ÖADB	19.51	0.00	30.93	0.00	

BB: Bipolar Bozukluk, ÖADB: Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması

Seksen dokuz MDB, 83 BB-1, 28 BB-2 hastasının ÖADB skorlarının karşılaştırılması sonucunda MDB hastalarının ÖADB skor ortalamasının 44.92, BB-1 hastalarının ÖADB skor ortalamasının 19.51, BB-2 hastalarının ÖADB skor ortalamasının 30.93 olduğu görülmüş olup anlamlı fark saptanmamıştır (p= 0.223). Major Depresif Bozukluk, Bipolar Bozukluk Tip 1 ve 2 hastalarının Yaşamboyu ÖADB şiddeti açısından karşılaştırma sonuçları Tablo 14' te özetlenmiştir.

Tablo 14: Major Depresyon, Bipolar Bozukluk Tip 1 ve 2 Hastalarının Yaşamboyu ÖADB Şiddeti Açısından Karşılaştırma Sonuçları

	MDB (n=89)		**BB-1 (n=83)**		**BB-2 (n=28)**		**p**
	Ortalama	**Ortanca**	**Ortalama**	**Ortanca**	**Ortalama**	**Ortanca**	0.223
ÖADB	44.92	0.00	19.51	0.00	30.93	0.00	

BB-1: Bipolar Bozukluk Tip 1, BB-2: Bipolar Bozukluk Tip 2, MDB: Major Depresyon Bozukluğu, ÖADB: Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması

10.7.ÖADB İLE KLİNİK DEĞİŞKENLERİN KORELASYONU

Pearson korelasyon analizi sonucunda; çalışmaya katılan hastalarda hem yaş ve ÖADB skoru arasında (r= -0.170, p= 0.016), hem de duygudurum bozukluğu başlangıç yaşı ve ÖADB skoru arasında (r= -0.166, p= 0.019) çok zayıf ve istatistiksel anlamlı negatif korelasyon görülürken, ilk tedavi yaşı ve ÖADB skoru arasında zayıf ve istatistiksel anlamlı negatif korelasyon (r= -0.208, p= 0.008) görülmekteydi. Geçmiş özkıyım girişimi sayısı ve ÖADB skoru arasında ise orta dereceli anlamlı korelasyon (r= 0.507, p= 0.000) olduğu görüldü. Bipolar Bozukluk tanısıyla ilk tedavi yaşı, hastane yatış sayısı, hastalık süresi, toplam atak sayısı ile ÖADB şiddeti arasında korelasyon saptanmadı.

ÖADB ile klinik değişkenlerin korelasyon sonuçları Tablo 15 ve 16' da özetlenmiştir.

Tablo 15: ÖADB ile Klinik Değişkenlerin Korelasyon Sonuçları

	ÖADB	
	r	**p**
Yaş	**-0.170**	**0.016**
Toplam Öğrenim Yılı	-0.021	0.765
Duygudurum Başlangıç Yaşı	**-0.166**	**0.019**
Bipolar Bozukluk Tanısıyla İlk Tedavi Yaşı	-0.011	0.919
İlk Tedavi Yaşı	**-0.208**	**0.008**
Hastane Yatış Sayısı	0.115	0.105
Hastalık Süresi(Yıl)	-0.018	0.797
Geçmiş Özkıyım Girişimi Sayısı	**0.507**	**0.000**
Toplam Atak Sayısı	0.023	0.775

ÖADB: Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması

Tablo 16: ÖADB ile Klinik Değişkenlerin Korelasyon Sonuçları

	ÖADB	
	r	**p**
Toplam mani sayısı	-0.083	0.299
Toplam karma sayısı	0.054	0.499
Toplam hipomani sayısı	0.025	0.753
Toplam depresyon sayısı	0.046	0.571

ÖADB: Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması

10.8.ÖADB ILE ÖLÇEK PUANLARININ KORELASYONU

Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması skoru ile MKBTT (r= 0.287, p= 0.000), KPDÖ (r= 0.261, p= 0.000), BDÖ-11 (r= 0.243, p= 0.001), HSA-15 (r= 0.274, p= 0.000), YAB-7 (r= 0.280, p= 0.000), HSA-9 (r= 0.227, p= 0.001) ölçekleri arasında zayıf derecede anlamlı korelasyon olduğu görüldü.

ÖADB ile ölçek puanlarının korelasyon sonuçları Tablo 17' de özetlenmiştir.

Tablo 17: ÖADB ile Ölçek Puanlarının Korelasyon Sonuçları

	ÖADB	
	r	**p**
YMDÖ	-0.087	0.223
AKBTT	0.132	0.062
MKBTT	**0.287**	**0.000**
KPDÖ	**0.261**	**0.000**
BDÖ-11	**0.243**	**0.001**
HSA-15	**0.274**	**0.000**
YAB-7	**0.280**	**0.000**
HSA-9	**0.227**	**0.001**

AKBTT: Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi, BDÖ-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, HSA:

Hastalık Sağlık Anketi, KPDÖ: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, MKBTT: Madde Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Columbia özkıyım düşünce şiddeti toplam ömür boyu (r= 0.554, p= 0.000), columbia özkıyım düşünce yoğunluğu ömür boyu (r= 0.439, p= 0.000) puanları ile ÖADB skorları arasında orta derecede ve istatistiksel anlamlı korelasyon gözlendi.

Columbia özkıyım davranışı gerçek girişim sayısı ömür boyu (r= 0.480, p= 0.000), columbia özkıyım davranışı engellenen girişim sayısı ömür boyu (r= 0.496, p= 0.000) puanları ile ÖADB skorları arasında orta derecede ve istatistiksel anlamlı korelasyon gözlendi.

ÖADB ile Columbia-Özkıyım Şiddetini Derecelendirme Ölçeği puanlarının korelasyon sonuçları Tablo 18' de özetlenmiştir

Tablo 18: ÖADB ile Columbia-Özkıyım Şiddetini Derecelendirme Ölçeği Korelasyon Sonuçları

	ÖADB	
	r	**p**
Özkıyım düşünce şiddeti ömür boyu	**0.554**	**0.000**
Özkıyım düşünce yoğunluğu ömür boyu	**0.439**	**0.000**
Özkıyım davranışı gerçek girişim sayısı ömür boyu	**0.480**	**0.000**
Özkıyım davranışı engellenen girişim sayısı ömür boyu	**0.496**	**0.000**
Özkıyım davranışı durdurulan girişim sayısı ömür boyu	0.124	0.081

ÖADB: Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması

11. TARTIŞMA

Yıllık tahmini özkıyım ölüm oranları dünya çapında 1 milyon kişiye ulaşmaktadır (1). Özkıyım oranlarının sıklığı ve artıyor oluşu bu alandaki çalışmaların artmasına yol açmıştır. May ve Klonsky özkıyım düşüncesinden eyleme geçiş adını verdikleri yeni bir özkıyım teorisi üretmişlerdir ve özkıyım düşüncesinden eyleme geçişin prediktörlerinin farklılıkları üzerinde durmuşlardır (6). Bizim çalışmamızda da özkıyım riskinin çok sık olduğu duygudurum bozukluğu tanılı hastalarda yaşam boyu özkıyım girişimi olanlar, yalnızca özkıyım niyeti olanlar ve özkıyım niyeti/ girişimi olmayan gruplar arasında sosyodemografik, klinik özellikler ve yeni bir klinik antite olarak öne sürülen ÖADB şiddeti açısından farklılıklar araştırılmıştır. Çalışmaya 89 MDB (katılımcıların % 44.5' i), 83 BB-1 (% 41.5), 28 BB-2 (% 14.0) tanılı hasta dahil edilmiştir. Hastalar Columbia-Özkıyım Şiddetini Derecelendirme ölçeğindeki özkıyım düşüncesi derecelerine göre özkıyım niyeti/ girişimi olmayan, yalnızca özkıyım niyeti olan ve özkıyım girişimi olanlar şeklinde üç klinik gruba ayrılmıştır.

11.1.ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLEN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE ÖZKIYIM ÖYKÜSÜNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya katılan katılımcıların % 38.5’ i (n= 77) erkek iken % 61.5’ i (n= 123) kadındır. Literatürde BB-I tip 1' in hastalığın yaşam boyu ve 12 aylık prevalanslarının, erkekler ve kadınlar arasında benzer olduğu (102) ; MDB' in ise kadınlarda 2 kat daha sık görüldüğü belirtilmiştir (27). Bipolar bozukluk tip 2 kadınlarda daha sık görülür (26).

Tüm katılımcıların yaş ortalaması 45.10 ± 11.27 iken özkıyım girişimi olan grubun yaş ortalaması 42.86 ± 10.62 , özkıyım niyeti olan grubunki 44.05 ± 10.53, özkıyım niyeti/ girişimi olmayan grubun yaş ortalaması 48.07 ± 12.14 bulunmuş olup istatistiksel açıdan fark tespit edilmiştir (p=0.024). Yaşamboyu özkıyım girişimi olan grubun yaş ortalaması, özkıyım niyeti/ girişimi olmayan grubun yaş ortalamasına göre belirgin olarak daha düşüktür (p= 0.033).

Katılımcıların öğrenim yılı ortalaması 10.13 ± 4.01 olup % 39' u (n= 78) bekar, boşanmış veya dul iken % 61' i (n= 122) evlidir. Literatüre göre ise MDB ve BB yakın ilişkisi olmayan, bekar, boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda daha sıktır (27).

Katılımcıların % 57.5' i (n= 115) çalışıyor, % 42.5' i (n= 85) çalışmıyor olarak bulunmuştur. Katılan hastaların % 18' inin (n= 36) alt, % 79.5' inin (n= 159) orta, % 2.5' inin (n= 5) üst düzey sosyoekonomik duruma sahip olduğu görüldü. Düşük sosyoekonomik durum, BB Tip 1' in hem risk faktörü, hem de sonucu olabilir (102). Özkıyım girişimi olan, sadece niyeti olan ve özkıyım girişimi/ niyeti olmayan gruplar cinsiyet dağılımı, öğrenim yılı, medeni durum, çalışabilirlik ve sosyoekonomik durum açısından anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Yirmi yedi çalışmanın yapılan bir metaanalizde de özkıyım girişimi, sadece özkıyım düşüncesi olanlar ve özkıyım düşüncesi olmayanlar arasında cinsiyet açısından farklılık görülmediği, ancak özkıyım girişimi olan grupta bekarların ve düşük eğitim seviyesinin daha yaygın olduğu gösterilmiştir (6). Hasta grupları arasında sosyodemografik özellikler açısından anlamlı tek fark, yaş olarak tespit edilmiş olup yaşamboyu özkıyım girişimi olan grup ile özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grup arasında yaş ortalamaları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Bu bulgu, hastanemize başvuran hasta profili ile ilişkili olabilir. Yakın zamanda yapılan bir çalışma göre, tekli ve çoklu özkıyım girişimi olan grupların yaş ortalaması sadece özkıyım düşüncesi olan grupla kıyaslandığında daha düşük bulunmuştur (103). Özkıyım girişiminde bulunan hastaların yaş ortalamalarının daha küçük olması, yine çalışmamızda bulunan özkıyım girişiminde bulunan grupta hastalığın daha erken yaşta başlaması ve ailelerinde özkıyım girişimi öyküsünün daha fazla olması ile açıklanabilir. Erken başlangıçlı özkıyım davranışlarında ailesel geçişin önemi üzerinde durulmaktadır (104).

Bununla beraber yaşamboyu özkıyım girişimi olan, özkıyım niyeti olan ve özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grupların demografik özellikler açısından benzer olması çalışma grubuna alınan hastaların homojen olduğa işaret edebilir ve özkıyım riskine etki edebilecek diğer etkenlerin daha objektif değerlendirilmesi açısından önemli olabilir.

11.2.ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLEN HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE ÖZKIYIM ÖYKÜSÜNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmaya dahil edilen hastaların duygudurum bozukluğu başlangıç yaşı ortalaması, 29.87 ± 11.21 idi. Literaüre göre de MDB'nin ortalama başlangıç yaşı 40 olup, hastaların % 50' sinde 20-50 yaş arasında başlamaktadır (27). Bipolar bozukluk tip 1' in yaklaşık yarısı 25 yaşından önce başlar, BB Tip 2 ise daha geç yaşta başlamaktadır (15). Bipolar bozuklukta 15-24 yaş ve 45-54 yaş olmak üzere iki pik döneminden bahsedilmektedir (29).

Yaşamboyu özkıyım girişimi olanların duygudurum bozukluğu başlangıç yaşı ortalaması 26.66 ± 10.62, özkıyım niyeti olan grubun 31.01 ± 10.68, özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grubun duygudurum bozukluğu başlangıç yaşı ortalaması 30.94 ± 11.94 olup anlamlıya yakın fark bulunmuştur (p=0.059). Bipolar bozukluk hastaları ile yapılan bir çalışmada özkıyım girişiminde bulunan hastaların hastalık başlangıç yaşının, özkıyım girişiminde bulunmayanlara göre 2.99 yaş daha genç olduğu görülmüştür (105). Özkıyım düşüncesi ve girişimi olan, yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım düşüncesi/ girişimi olmayan hastalar arasında klinik farklılıkları araştıran bir çalışmada özkıyım girişimi olan hastaların hastalık başlangıç yaşı ortalaması 26.67, yalnızca özkıyım düşüncesi olan grubunki 31.40, özkıyım düşüncesi/ girişimi olmayan grubun hastalık başlangıç yaşı ortalaması 30.15 olarak bulunmuş olup bizim bulgularımızı desteklemektedir (106). Literatürde hastalığın geç yaşta başlamasının özkıyımdan koruyucu bir faktör olduğu belirtilmiştir

Tüm hastalarda ilk tedavi yaşı ortalaması, 33.29 ± 10.34 iken özkıyım girişimi olanların ilk tedavi yaşı ortalaması 29.94 ± 10.18, özkıyım niyeti olan grubun 34.15 ± 9.24, özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grubun ilk tedavi yaşı ortalaması 34.79 ± 11.28 olup anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Yaşamboyu özkıyım girişimi olan grubun ilk tedavi yaşı ortalaması, özkıyım girişimi/ niyeti olmayan gruba göre anlamlı derecede düşüktür (p=0.030). Hastane yatış sayısı ortalaması özkıyım girişimi olan grupta 1.61, sadece özkıyım niyeti olan grupta 0.79, özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grupta 1.10 olarak bulunmuş olup özkıyım girişimi olan grup ile yalnızca özkıyım niyeti olan grup arasında anlamlı fark bulunmuş (p<0.05); sadece özkıyım niyeti olan grubun hastane yatış sayısı, yaşamboyu özkıyım girişimi olan gruba göre daha düşüktür. Diğer gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yakın zamanda yapılmış bir çalışmada özkıyım girişimi

olan grubun hastane yatış sayısı ortalaması 3.59, yalnızca özkıyım düşüncesi olan grubunki 2.57, özkıyım düşüncesi/ girişimi olmayan hastalarınki 2.06 olarak bulunmuş olup özkıyım girişimi olan grubun hastane yatış sayısı ortalaması diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, özkıyım girişiminde bulunan hastaların daha çok doktor başvurusunun olması, özkıyım girişimi öyküsünün olmasının tamamlanmış özkıyım açısından risk faktörü olması nedeniyle daha çok yatırılarak takip ve tedavi eğiliminde olunması ile açıklanabilir. Özkıyım girişimlerine bağlı olarak hastane yatış sayıları artabileceği gibi, hastane yatış sayılarının da özkıyım davranışının ortaya çıkmasında etkisi olabilir (106). Çalışmamızda özkıyım girişimi olan grupta hastane yatış sayısının yüksek olarak bulunması daha ciddi bir hastalık seyrini, erken yaşta duygudurum bozukluğu başlangıcı işlevsellikte bozulmayı ve yeti yitimini gösteriyor olabilir. Erken başlangıç yaşı olanlarda daha sık ve şiddetli depresyon atakları, bu sebeple daha sık hastane başvuruları, daha sık madde kullanım bozuklukları ve aile öyküsü görülmekle birlikte bu faktörler özkıyım riski ile ilişkilidir (107). Bizim çalışmamızda da özkıyım girişimi ile erken başlangıç yaşı, hastane yatış sayısı ve ailede özkıyım öyküsü arasında ilişki olduğu gösterilmiştir.

Travma açısından karşılaştırıldığında; özkıyım girişimi olan olguların % 60.8' inde travma öyküsü var iken özkıyım niyeti/ girişimi olmayan grubun % 31.3' ünde travma öyküsü vardır ($p<0.05$). Özkıyım girişimi olan grupta travma öyküsünün oldukça yüksek olduğu görülmüş olup literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar oldukça fazladır (6,108) ve çocuklukta kötüye kullanımın tekrarlayıcı özkıyım girişimleriyle ilgili olduğu gösterilmiştir (54,70). Çocukluk çağında kötüye kullanım öyküsü, depresif hastalarda hem dürtüsellik hem de özkıyım davranışı ile ilişkilidir (70). Anksiyete bozukluğu, TSSB, madde kullanım bozukluğu, çocuklukta cinsel kötüye kullanımın özkıyım düşüncesinden girişime geçişi kolaylaştırabileceği veya özkıyım girişimlerinin bu durumların ortaya çıkma ihtimalini arttırabileceği düşünülmektedir. Bu durum, mevcut değişkenlerin birbiriyle yakın ilişkisi ve komorbiditeleriyle açıklanabilir. Bu dört durum kışkırtıcı ve acı verici yaşam olaylarına daha fazla maruz kalma ve böylece daha fazla kazanılmış özkıyım yeteneğine sahip olmakla ilişkilidir. Tekrarlayıcı katastrofik düşünceler ve güçlü

fiziksel semptomlar, bunlara sahip olan kişinin özkıyım düşüncesinden eyleme geçmesini sağlıyor olabilir (6).

Özkıyım girişimi olan, sadece özkıyım niyeti olan ve özkıyım girişimi/ niyeti olmayan gruplar arasında komorbid hastalık, iki uçlu bozukluk tanısıyla ilk tedavi yaşı, hastalık süresi açısından fark saptanmamıştır. Özkıyım girişimi olan, yalnızca özkıyım niyeti olan ve özkıyım girişimi/ niyeti olmayan hastalar arasında toplam mani, karma, hipomani, depresyon ve toplam atak sayısı açısından fark saptanmamıştır. Literatürde ise komorbid anksiyete bozukluğu, B küme kişilik bozukluğu, madde ve alkol kullanım bozukluğunun özkıyım girişimleri ile güçlü ilişkisi olduğu belirtilmektedir (105), bu bilgi bizim çalışma bulgumuzla uyuşmamaktadır. Çalışmamızda komorbid hastalıkların ayrı ayrı değil, tek bir başlık altında toplanması bu sonucun ortaya çıkmasına sebep olmuş olabilir. Literatürde ayrıca hastalıkla geçen süre, atak sayısının fazlalığı, depresif epizodların çokluğu gibi özellikler özkıyım için risk faktörü olarak belirtilmiş olup (64,105,109), çalışmamızda bu özelliklerde gruplar arasında farklılık saptanmaması özkıyım girişiminde bulunmak için hastalıkla ilgili bu klinik faktörlerin bulunmasının yeterli olmadığını, özkıyım girişimine ilerlemek için daha akut durumların etkili olduğunu destekleyebilir. Sadece psikopatoloji ile ilgili kronik risk faktörlerine odaklanmak özkıyım davranışını değerlendirme yeteneğimizi sınırlayabilir.

Gruplar arasında atak dönemlerinde stresli yaşam olayı, atak dönemi dışında özkıyım düşüncesi açısından anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Atak dönemlerinde stresli yaşam olayı özkıyım girişiminde bulunan 51 hastanın % 90.2' sinde yani 46 hastada mevcut iken girişimi/ niyeti olmayan 67 hastanın % 71.6' sında yani 48 hastada mevcuttur. Yakın zamanda yapılan daha az stresli yaşam olaylarına maruz kalan hastalar ile daha şiddetli ve daha fazla alanda stresli yaşam olaylarına maruz kalan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada stresli yaşam olaylarına daha fazla maruz kalan hastaların özkıyım girişimi açısından daha fazla risk taşıdığı gösterilmiştir. Özkıyım riskini arttıran bireysel olaylardan ziyade yaşanan stresli olayların çeşidinin ve sayısının önemli olduğu vurgulanmıştır (yaralanma, hastalık, kayıp, kişiler arası sorunlar, mali krizler, istismar, günlük yaşam sorunları gibi). Çoklu yaşam olaylarına maruz kalanlar daha fazla özkıyım riski taşımaktadır (110).

Atak dönemi dışında özkıyım düşüncesi özkıyım girişiminde bulunan 51 hastanın % 45.1' inde yani 23 hastada mevcuttur. Sadece özkıyım niyeti olan hastaların ise % 18.5' inde yani 15 hastada mevcuttur. İki grup arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulmasının duygudurum bozukluğunun alevlenmesi ve madde kullanımının doğrudan sonucu da dahil olmak üzere mevcut psikiyatrik bozukluklardan farklı olduğu düşünülmektedir, ÖADB' nin psikiyatrik hastalıklara bağlanamayan özkıyımlarla ilgili durumları açıklayabileceği düşünülmektedir. Özkıyım için akut risk faktörlerini ayrıştıran bir tanı sisteminin, psikopatolojik özellikler ve bunların nasıl etkileşime girdiğinden ziyade, akut özkıyım riski açısından kimin en riskli olduğunu anlamada yardımcı olacağı düşünülmektedir. Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması, akut özkıyım riski ile ilgili literatürden türetilmiştir ve akut özkıyım riski ile ilgili çok sayıda risk faktörünün değerlendirilmesine gerek kalmadan bir klinik yargıya varmaya olanak sağlayabilir (12). Çalışmamızda atak dönemi dışında özkıyım düşüncesinin varlığının girişimi olanlar arasında fazla olması her olgunun yalnızca duygudurum bozukluğu ile açıklanamayacağını, çeşitli yaşamsal stresörler ve kişinin özkıyımı gerçekleştirme kapasitesi gibi faktörlerin de etkili olabileceğini düşündürebilir.

Atak döneminde özkıyım düşüncesinin varlığı ise yaşamboyu özkıyım girişiminde bulunan grup ile sadece özkıyım niyeti olan grup arasında benzerdir. Bu bulgu, yalnızca özkıyım düşüncesinin varlığının yeterli olmadığını, özkıyım düşüncesinin şiddeti ve yoğunluğunun da önemli olduğunu gösterebilir.

Ailede özkıyım girişimi öyküsü, yaşamboyu özkıyım girişiminde bulunan hasta grubunun % 41.2' sinde yani 21 hastada mevcut olup diğer gruplarla arasında anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Bipolar bozukluk hastalarıyla yapılan bir çalışmada, hem ailesinde özkıyım davranışı öyküsü olan, hem de geçmiş çocukluk çağı istismar öyküsü olan grupta (BD-BOTH) ve bunlardan sadece birisine sahip olan grupta (BD-ONE), ailesinde özkıyım davranışı öyküsü olmayan ve geçmiş çocukluk çağı istismar öyküsü olmayan gruba (BD-NONE) göre hastalığın daha erken başladığı ve daha yüksek özkıyım girişimi oranlarına sahip olduğu görülmüştür. Bu bulguların çoğaltılması, özkıyım davranışı açısından genetik yük taşıyan kişilerin veya çocukluk

çağı istismarı gibi erken dönem travmatik deneyimler yaşayan kişilerin erken farkedilerek özkıyım davranışının önlenebilmesi açısından önemlidir (111).

11.3.ÇALIŞMA GRUPLARININ ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışma grupları karşılaştırıldığında özkıyım girişimi olan grupta KPDÖ puan ortalaması 15.92 ± 11.24, yalnızca özkıyım niyeti olan grubun KPDÖ puan ortalaması 12.79 ± 9.48, özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grubun KPDÖ puan ortalaması 6.37 ± 6.46 olup anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.000). Özkıyım niyeti/ girişimi olmayan grubun KPDÖ puan ortalaması diğer iki gruba göre belirgin düşüktür (p=0.000). Yapılan bir çalışmada depresyon, anksiyete, mani semptomları zemininde psikotik semptomları olan hastaların özkıyım düşüncesi açısından artmış risk taşımadığı, ancak özkıyım girişimi açısından artmış riske sahip olduğu görülmüştür (112). Bu durum, yüksek derecede psikopatolojiye sahip veya komorbid psikiyatrik bozukluğa sahip olan katılımcılarındaki stres yükü ve artmış özkıyım girişimi ile ilişkilendirilmiştir (113).

Barratt Dürtüsellik Ölçeği- 11 açısından kıyaslandığında, özkıyım girişimi olan grubun puan ortalaması 68.059 ± 10.988 olup, diğer iki grubun puan ortalamasına göre belirgin yüksek olarak bulunmuştur (p=0.000). Yapılan bir çalışmada Barratt Dürtüsellik Ölçeği puanları en az bir özkıyım girişimi olanlarda hiç özkıyım girişiminde bulunmayanlara göre belirgin olarak daha yüksek olarak bulunmuştur (70). Yapılmış bir çalışmaya göre, özkıyım girişimi olanların Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 skor ortalaması, 70.84 bulunmuş olup yalnızca özkıyım düşüncesi bulunan ve özkıyım girişimi/düşüncesi bulunmayan gruba göre belirgin olarak yüksek bulunmuştur (106). O' Connor' ın " düşünceden eyleme geçiş " teorisinden yola çıkarak önerdiği Motivasyon-İrade Modeli' ne göre motivasyonel faktörler (düşük aidiyet, yük olma algısı, sosyal desteğin azlığı, pozitif gelecek düşüncelerinin azlığı, amaçların yokluğu) özkıyım düşünce ve niyetine yol açar. İrade ile ilgili faktörlerin (özkıyım girişiminde bulunabilme yeteneği, ölüme karşı korkusuzluk, dürtüsellik, planlama, araçlara erişim) özkıyım düşüncesinden girişimine ilerleyişi açıkladığı belirtilmiştir (114). Çalışmamızda ise düşük aidiyet, yük olma algısı, pozitif gelecek düşüncelerin azlığı gibi değişkenleri ve bunların

şiddetini değerlendiren ÖADB ölçeği kullanılmış olup çalışmamızda özkıyım girişiminde bulunan grupta diğer iki gruba göre yaşamboyu ÖADB şiddeti ve BDÖ puanlarında anlamlı yükseklik mevcuttur.

Gruplar arasında HSA-15, HSA-9 ve YAB-7 ölçek puan ortalamaları açısından kıyaslandığında anlamlı fark bulunmuştur. Yaşamboyu özkıyım girişimi olan grubun ölçek puanları belirgin olarak daha yüksektir. Yalnızca özkıyım niyeti olan grubun puan ortalamaları ise özkıyım niyeti/ girişimi olmayan gruptan yüksektir (p=0.000). Yapılan bir çalışmada özbildirime dayalı depresyon ve umutsuzluğun çoklu özkıyım girişimi olanlarda, tekli özkıyım girişimi olanlara göre daha yüksek oranda görüldüğü, çoklu özkıyım girişimi olanların Hamilton Depresyon Ölçeği' nde daha yüksek depresyon puanlarına sahip olduğu görülmüştür (54). Diğer bir çalışmada ise depresyon ölçek puanlarının girişimcilerde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (6). Yapılan bazı çalışmalarda ise, özkıyım düşüncesinin başlangıcını en iyi öngören faktörün depresyon olduğu, ancak depresyonun özkıyım girişimine ilerlemeyi öngöremediği gösterilmiştir. Bunun yerine, anksiyete ve ajitasyonla karakterize bozuklukların ve dürtü kontrol azlığının özkıyım plan ve girişimleri için güçlü göstergeler olduğu belirtilmiştir (115). Anksiyete bozukluğu komorbiditesinin olması, özkıyım girişimcileri arasında, düşünürlere göre daha yaygındır; özkıyım düşünürleri arasında ise yaşamboyu özkıyım düşüncesi olmayanlara göre daha yaygındır (6). Bipolar bozukluk hastaları ile yapılan bir çalışmada özkıyım girişimi olan grupta somatik belirtilerin, anksiyete ve depresif belirtilerin özkıyım girişimi olmayan gruba göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bedenselleştirme çözümlenemeyen engellenme ve çatışma sonucu ortaya çıkan fiziksel bozukluklara neden olma şeklinde açıklanmaktadır (59).

Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi, MKBTT ve YMDÖ ölçek puan ortalamalarında gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Literatürde yaşam boyu alkol ve madde kullanım bozuklukluklarının özkıyım davranışı ile güçlü bir ilişkisinin olduğu sıklıkla gösterilmiş olup (6,105,108) bu bağlamda çalışmamızda AKBTT ve MKBTT ölçek skor ortalamaları açısından gruplar arasında fark olmaması literatürdeki bilgilerle uyuşmamaktadır. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Tanıma Testlerinin şimdiye ve son 1 yıla odaklanması, çalışmamızdaki

özkıyım gruplarının ise yaşamboyu özelliklerine göre ayrılması bu bulgunun nedeni olabilir.

Ömür boyu Columbia özkıyım düşünce şiddetinin puan ortalamaları gruplar arasında karşılaştırıldığında özkıyım girişimi olan grupta puan ortalaması 0.57, yalnızca özkıyım niyeti olan grupta puan ortalaması 0.16, özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grupta puan ortalaması 0.00 bulunmuş olup gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p=0.000) Columbia-Özkıyım Şiddetini Derecelendirme Ölçeği' ndeki geçmiş özkıyım girişimi sayısının beklendiği gibi yaşamboyu özkıyım girişimi olan grupta anlamlı yüksek olduğu görülmüştür. Kısa dönem özkıyım davranışını öngörmek için yapılan Columbia-Özkıyım Şiddetini Derecelendirme Ölçeği' nin geçerlilik çalışmasında özkıyım düşünce şiddetinin izlemde gelecekteki özkıyım davranışı ile önemli derecede ilişkili olduğu gösterilmiştir. Özkıyım düşünce şiddeti puanındaki bir birimlik bir artış sonraki özkıyım davranışı riskinde % 66' lık bir artışla ilişkili bulunmuştur. Bu da bizim bulgumuzu destekler niteliktedir. Bir miktar eyleme dökme niyeti içeren özkıyım düşünceleri, niyet içermeyen özkıyım düşüncelerine göre; gelecekte özkıyım davranışı için 8 kat artmış riskle ilişkilidir (116).

Ömür boyu Columbia özkıyım düşünce yoğunluğu puan ortalamaları açısından bakıldığında özkıyım girişimi olan grupta puan ortalaması 3.63, özkıyım niyeti olan grupta puan ortalaması 1.13, özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grupta ise 0.00 olarak bulunmuş olup gruplar arasında anlamlı fark vardır (p=0.000). Özkıyım girişimi olan grubun ömür boyu özkıyım düşünce yoğunluğu puan ortalaması diğer iki gruba göre daha yüksektir. Bu bulgu, özkıyım girişimine ilerlemede sadece özkıyım düşüncesinin varlığının değil, aynı zamanda özkıyım düşüncesinin şiddetinin, sıklığının, kontrol edilemezliğinin, bağlılığın, ölüm korkusunun ve duyulan psikolojik acının da önemli olduğunu gösterebilir. Columbia-Özkıyım Şiddetini Derecelendirme Ölçeği' nin geçerlilik çalışmasında özkıyım düşünce yoğunluğunun da gelecekteki özkıyım davranışı ile ilişkisinin önemli olduğu vurgulanmıştır. Özkıyım düşünce yoğunluğundaki bir birimlik artış gelecekteki özkıyım davranışı riskindeki % 27' lik artışla ilişkilidir. Bu çalışmada ayrıca gerçek girişimlerin gelecekteki girişimler için güçlü bir öngörücü olduğu gösterilmiştir (116). Yakın zamanda yapılan başka bir çalışmada ise, Columbia-Özkıyım Şiddetini

Derecelendirme Ölçeği' nin düşüncelerin yoğunluğu bölümünde sıklık, süre ve kontrol edilebilirlik maddelerinde özkıyım davranışı olanların yalnızca özkıyım düşüncesi olanlara göre daha yüksek puanlara sahip oldukları görülmüştür (106).

11.4.ÇALIŞMA GRUPLARININ ÖADB ŞİDDETİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Gruplar ÖADB skorları açısından karşılaştırıldığında özkıyım girişimi olan grupta yaşamboyu ÖADB skor ortalaması 100.90 ± 114.90, yalnızca özkıyım niyeti olan grupta yaşamboyu ÖADB skor ortalaması 16.30 ± 54.25, özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grupta yaşamboyu ÖADB skor ortalaması 0.00 ± 0.00 bulunmuş olup özkıyım girişimi olan grup ile yalnızca özkıyım niyeti olan grup ($p=0.000$), özkıyım girişimi olan grup ile özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grup ($p=0.000$) ve yalnızca özkıyım niyeti olan grup ile özkıyım girişimi/ niyeti olmayan grup ($p=0.003$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0.015$). Geçmişteki ÖADB şiddetinin değerlendirilmesi sonucunda özkıyım girişiminde bulunanlar diğer iki gruptan farklılaşmaktadır. Bu kişilerin özkıyım niyetinde saatler/ günler içinde hızlı bir artış, sosyal izolasyon ,başkalarına yük olduğu algısı ve aşırı uyarılmışlık belirtileri yaşadığı şiddetli bir dönem olması ve bunun sonucunda özkıyım girişiminde bulunmaları hastada akut özkıyım riskini değerlendirirken bizim için yol gösterici olabilir. ÖADB semptomlarının sorgulanması, objektif bir değerlendirme yapmamıza ve bunların hastada varlığı halinde gerekli önlemleri almamıza imkan sağlayabilir. Literatürde multiple özkıyım girişimi olan, tek özkıyım girişimi olan, yaşamboyu özkıyım girişimi olmayan gruplar arasında ÖADB semptomlarının farklılaştığı görülmüş olup ÖADB' nin depresif bozukluk tanısının ve şimdiki depresif semptomların ötesine geçerek geçmiş özkıyım girişim sayısını öngördüğü gösterilmiştir. Bu durum, çoklu özkıyım risk faktörlerinin hepsini değerlendirmeksizin özkıyım düşüncesi olan hastada özkıyım riskinin daha rahat değerlendirilmesini sağlar. Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulmasının akut özkıyım riskini yansıtan ve geçmiş özkıyım davranışı ile güçlü ilişkisi olan bir yapı olduğu, özkıyım riskini öngörmede yararlı bir araç olabileceği düşünülmüştür. Özkıyım düşüncesinden özkıyım girişimine geçişi aydınlatabileceği için özkıyım düşüncesine sahip kişilerde kullanımı, yeni bir klinik yapı olarak önemli olabilir.

Çoklu özkıyım girişimi olan hastaların daha yüksek ÖADB skorlarına sahip oldukları görülmüştür**.** Ancak geçmiş özkıyım girişimlerinin bir kısmi, ÖADB' ye bağlı gerçekleşmemiş de olabilir (12,14). Özkıyım girişimcileri, özkıyım düşünürleri ve özkıyım davranışı olmayan hastalarla yapılan bir çalışmada hastalar arasında ÖADB semptomları açısından anlamlı fark bulunmuştur. Girişimcilerin düşünürlerden daha şiddetli, özkıyım davranışı olmayan hastalardan ise çok daha şiddetli ÖADB semptomuna sahip olduğu bulunmuştur. Düşünürler ve özkıyım davranışı olmayan hastalar arasında da ÖADB semptomu açısından anlamlı fark bulunmuştur (11). Bu da bizim bulgumuzu destekler niteliktedir. ÖADB' nin yapılan diskriminant analizinde özkıyım girişimi olan gruba % 51 doğru yerleştirme varken, yalnızca özkıyım niyeti olan gruba % 91.5 doğru yerleştirme olduğu, sonuçta katılımcıların % 75.9' unun doğru şekilde gruplandırıldığı görülmüştür. Bu bulgu özkıyım girişimi olan ve yalnızca özkıyım niyeti olanların önemli bir kısmını ayırt edebildiğini göstermesi açısından önemlidir.

Seksen dokuz MDB, 83 BB-1, 28 BB-2 tanılı hastanın ÖADB skorlarının karşılaştırılması sonucunda MDB hastalarının ÖADB skor ortalamasının 44.92, BB-1 hastalarının ÖADB skor ortalamasının 19.51, BB-2 hastalarının ÖADB skor ortalamasının 30.93 olduğu görülmüş olup gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p= 0.223$). Gruplar ikili şekilde karşılaştırıldığında da anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürde özkıyım riski açısından düşünüldüğünde BB-2 hastalarında özkıyım riski yüksek olarak bulunabildiği gibi MDB' nin de yüksek bulunduğu çalışmalar vardır (64,66). Duygudurum bozuklukluğu tanılı özkıyım girişimi olan ve olmayan hastalarda sosyodemografik ve klinik değişkenleri araştıran bir çalışmaya göre ise MDB' si olan hastaların % 66' sında, BB' si olan hastaların ise % 28' inde özkıyım girişimi olduğu bulunmuştur (59). Yapılan başka bir çalışmada Bipolar I ve II hastaları arasında ise tamamlanmış özkıyım açısından fark bulunamamıştır (66). Özkıyım riskinin depresyonla ilişkisi iyi bilinse de, psikiyatrik hastalıklar her zaman özkıyım davranışını önceden öngörebilmemizi sağlamamaktadır. Çalışmamızdaki bulgular çalışmamıza dahil edilen BB-2 hasta sayısının az olmasından kaynaklanabileceği gibi, ÖADB' nin hem özkıyım riski hem de aşırı uyarılmışlıkla ilişkili olması, yalnızca hastalık tanısı ile açıklanamaması ile ilişkili olabilir. 2017 yılında yapılmış bir çalışmada, ÖADB unipolar depresif

bozuklukla düşük ilişkili (r=0.26), bipolar bozuklukla ilişkisiz bulunmuştur (r= -0.01) (11). Yakın zamanda yapılmış bir çalışmada ise primer tanılar ÖADB semptomları açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır (87). Yine 2016 yılında yapılmış başka bir çalışmada ise ÖADB ve depresyonun farklı yapılar olduğu öne sürülmesiyle birlikte (12) bulgular ÖADB şiddeti ve depresif semptomların korele olduğu, etki büyüklüğünün ilişkili olduklarını gösterdiği, ancak farklı yapılar olduğu belirtilmiştir (117). Prospektif çalışmalar depresyon ve anksiyete semptomlarının ÖADB kriterlerinde yer alan affektif durumlardan (başkalarının üzerinde yük olduğuna dair algılamalar, azalmış aidiyet duygusu gibi) önce geliştiğini göstermektedir (118).

11.5.ÖADB İLE KLİNİK DEĞİŞKENLERİN KORELASYONU

Pearson korelasyon analizi sonucunda; çalışmaya katılan hastalarda yaş ve ÖADB skoru arasında (r= -0.170, p= 0.016) çok zayıf korelasyon olduğu görülmüş olup literatürle uyumludur (11,119). Duygudurum bozukluğu başlangıç yaşı ve ÖADB skoru arasında (r= -0.166, p= 0.019) çok zayıf ve istatistiksel anlamlı negatif korelasyon görülürken, ilk tedavi yaşı ve ÖADB skoru arasında zayıf ve istatistiksel anlamlı negatif korelasyon (r= -0.208, p= 0.008) görülmektedir. Hastane yatış sayısı, hastalık süresi , toplam atak sayısı ile ÖADB skoru arasında ilişki saptanmamıştır. Geçmiş özkıyım girişimi sayısı ve ÖADB skoru arasında ise orta dereceli anlamlı korelasyon (r= 0.507, p= 0.000) olduğu görülmüştür. Bahsettiğimiz klinik değişkenlerle ÖADB arasında zayıf ilişki olması veya ilişki olmaması, bu değişkenlerin ÖADB' yi etkilemediği varsayılarak ÖADB skoru ile geçmiş özkıyım girişimi sayısı arasındaki ilişkinin daha objektif değerlendirilmesini sağlar. Literatürde geçen ÖADB-yaşamboyu skoru ile geçmiş özkıyım girişim sayısı arasındaki güçlü ilişki (r=0.62), bizim bulgumuzu destekler niteliktedir. Çoklu özkıyım girişimi olanlar, tek özkıyım girişimi olanlar ve özkıyım girişimi olmayanlar arasında ÖADB skorlarının farklılaştığı, yapılan çoklu regreyon analizinde özkıyım niyetindeki geometrik bir artışın geçmiş özkıyım girişimlerinin sayısını öngördüğü gösterilmiştir. Sosyal veya kendine yabancılaşma bildirenlerle bildirmeyenler arasında geçmiş özkıyım girişim sayısının farklılaştığı gösterilmiştir.(12).

11.6.ÖADB İLE ÖLÇEK PUANLARININ KORELASYONU

Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması ölçek puanları ile MKBTT (r= 0.287, p= 0.000), KPDÖ (r= 0.261, p= 0.000), BDÖ-11 (r= 0.243, p= 0.001), HSA-15 (r= 0.274, p= 0.000), YAB-7 (r= 0.280, p= 0.000), HSA-9 (r= 0.227, p= 0.001) ölçekleri arasında zayıf derecede anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür. Yakın zamanda yapılmış bir çalışmaya göre ÖADB, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçek skorları arasında pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması yapısında ana semptomların sosyal izolasyon, kendinden nefret ve uykusuzluk olduğu görülmüş olup ÖADB' ye en yakın anksiyete semptomlarının çok kötü şeylerin olacağı korkusu, korkuya kapılma ve kontrolünü kaybetme korkusu olduğu bulunmuştur. Ancak bu semptomların hiçbiri ÖADB ile güçlü korelasyon göstermemiştir. Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulmasına en yakın Beck Depresyon semptomlarının özkıyım düşüncesi, değersizlik ve kendinden hoşnut olmamak olduğu ve yine bu semptomların ÖADB ile güçlü korelasyon göstermediği belirtilmiştir. Sonuçlar ÖADB semptomlarının anksiyete ve depresyon semptomlarından farklı göründüğünü ortaya koymuştur. Anksiyete fenomenolojisi daha az şiddetteki tehlikelerle ilişkili kronik paternleri yansıtabilir. Özkıyım davranışı sırasında kriz durumundaki aşırı uyarılmışlık ise akut savunma reaksiyonlarından kaynaklanabilir. Beck Depresyon semtomlarındaki özkıyım düşüncesinin ÖADB semptomlarından farklı olması, ÖADB epizodu sırasında yaşanan özkıyım niyetindeki şiddetli artışın komorbid depresyondaki özkıyım düşüncesinden farklı olabileceği ile açıklanabilir. İlk bakışta ÖADB semtomları ile ortak gibi gözüken ancak zayıf korelasyon gösteren depresyon semptomları arasındaki ayrım önemlidir. Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması epizodu sırasında veya akut olarak gelişen semptomlarla, depresyon gibi kronik olarak ortaya çıkan semptomlar birbirinden farklılaşmaktadır. Böyle düşünüldüğünde özkıyım niyetinin arttığı iki günlük periyodda gelişen uykusuzluk ile son iki haftadır süregiden uykusuzluk birbirinden farklı değerlendirilmelidir (87).

Columbia özkıyım düşünce şiddeti toplam ömür boyu (r= 0.554, p= 0.000), columbia özkıyım düşünce yoğunluğu ömür boyu (r= 0.439, p= 0.000) puanları ile ÖADB skorları arasında orta derecede ve istatistiksel anlamlı korelasyon gözlenmiştir. Literatürde de özkıyım düşüncesi ile ÖADB semptomları arasında orta derecede pozitif korelasyon olduğuna dair veriler mevcuttur (12). Bu sonuç,

özkıyımın önemli öngörücülerinden biri olan özkıyım düşüncesi şiddeti ile güçlü korelasyonu olan ÖADB semptomlarının özkıyım davranışı riskini yansıttığını göstermektedir

Columbia özkıyım davranışı gerçek girişim sayısı ömür boyu (r= 0.480, p= 0.000), Columbia özkıyım davranışı engellenen girişim sayısı ömür boyu (r=0.496, p= 0.000) puanları ile ÖADB skorları arasında orta derecede ve istatistiksel anlamlı korelasyon gözlenmiştir. Literatürde multiple özkıyım girişimi olan, tek özkıyım girişimi olan, yaşamboyu özkıyım girişimi olmayan gruplar arasında ÖADB semptomlarının farklılaştığı görülmüş olup ÖADB' nin geçmiş özkıyım girişim sayısını öngördüğü gösterilmiştir. Çoklu özkıyım girişimi olan hastaların daha yüksek ÖADB skorlarına sahip oldukları görülmüştür (14).

Araştırmamızda yaşamboyu özkıyım girişiminde bulunanların yaş, duygudurum bozukluğu başlangıç yaşı, ilk tedavi yaşı, hastane yatış sayısı, travma öyküsü, stresli yaşam olayı, atak dönemi dışında özkıyım düşüncesinin varlığı, ailede özkıyım girişimi öyküsü, dürtüsellik, ÖADB şiddeti, Columbia yaşamboyu özkıyım düşünce şiddeti ve yoğunluk puanları, KPDÖ, HSA-9, HSA-15, YAB-7 ölçek puanları açısından yalnızca özkıyım niyeti olan ve özkıyım niyeti/ girişimi bulunmayanlara göre farklılık gösterdiği görülmüş olup bu risk faktörlerinin değerlendirilmesi özkıyım girişimi olan grubun ayrımında önem taşıyabilir. Gruplar arasında farklılık bulunan kronik risk faktörleri ile beraber özkıyım niyetinde yaşamboyu ani artışlarla ilişkili olan ÖADB şiddetinin beraber değerlendirilmesi önemli olabilir. Kişinin geçmişte ÖADB epizodu yaşaması, klinisyenin psikopatolojiden bağımsız olarak o kişinin gelecekte de benzer bir epizodu yaşayabileceği konusunda uyanık olmasını sağlayabilir (14).

Uzun vadeli risk faktörleri, yaşamları boyunca kimin özkıyım davranışı içinde olma ihtimalinin daha fazla olduğunu göstermekle birlikte, kişinin özkıyım düşünceleri doğrultusunda ne zaman hareket edebileceğini belirlemek için kısa vadeli risk faktörlerini de belirlemek gereklidir (120). İntihar için tanımlanan çok sayıda risk faktörü ve akut dönemdeki prediktörlerin birlikte değerlendirilmesi önemlidir. Kısa dönem öngörücüler; ÖADB tanısı altında birleştirildiğinden, bu tanının duygudurum bozukluklarında kullanılmasının faydalı olacağını düşündürmektedir. Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması hem duygudurum bozuklukları

dışındaki hastalarda ani gelişen özkıyım niyetindeki hızlı artışları, hem de hastalık dönemleri dışında da gelişebilen özkıyım niyetindeki artışları değerlendirmede ve özkıyım girişimine ilerlemeden önlem almada yardımcı olabilir. Araştırmamız yeni bir klinik değerlendirme aracı olarak ÖADB ile ilgili ülkemizde yapılmış ilk çalışmadır. Özkıyım riskini değerlendirmede demografik ve kronik özellik taşıyan klinik risk faktörleri ile beraber hem yaşamboyu hem de güncel ÖADB şiddetinin değerlendirilmesinin gözden kaçabilecek özkıyım olgularını azaltabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamıza dahil edilen hastalar yaşamboyu özkıyım girişimi/ niyeti olup olmamasına göre sınıflandırılmıştır ve ÖADB-yaşamboyu ve Columbia-Özkıyım Şiddetini Derecelendirme Ölçeği-ömürboyu puanlarına göre karşılaştırma yapılmıştır. ÖADB-güncel ve Columbia-Özkıyım Şiddetini Derecelendirme Ölçeği-geçen ay ölçek puanları yakın dönemde özkıyım düşüncesi ve girişimi olan hasta sayısı fazla olmadığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. ÖADB-güncel ölçeği ve hastanın güncel semptomlarını ölçen KPDÖ, HSA-9, HSA-15, YAB-7, AKBTT, MKBTT ölçeklerinin korelasyonunun yapılamaması çalışmanın kısıtlılığıdır. Güncel semptomları ölçen bu ölçeklerin ÖADB-güncel ölçek puanları ile korelasyonunun yapılmasının faydalı olabileceği kanaatindeyiz. Görüşmeye engel olabilecek derecede şiddetli psikotik belirtisi olan hastalar dışında remisyondaki, depresif ve manik dönemdeki ve kalıntı belirtileri olan hastaların çalışmaya dahil edilmesi KPDÖ, HSA-9, HSA-15, YAB-7 ölçek puanlarını etkilemiş olabilir. Ayrıca ÖADB ölçeğinin hasta tarafından doldurulan bir ölçek olması nedeniyle soruların hastaya açıklanması ve yönergelerin anlatılması ile bu kısıtlılık azaltılmaya çalışılmıştır. Gelecekte klinisyenin yapılandırılmış bir görüşme ile ÖADB semptomlarını sorgulayabileceği bir formatın geliştirilmesi fayda sağlayabilir. Özkıyım riskinin yüksek olduğu bipolar depresif ve unipolar depresif hastalarla yapılmış ÖADB' nin akut dönemdeki varlığını ve şiddetini inceleyen uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

12. SONUÇLAR

1. Yaşamboyu özkıyım girişimi olanlarda yaş ve ilk tedavi yaşı ortalaması daha düşük, hastane yatış sayısı yüksek, travma öyküsü, atak dönemlerinde stresli yaşam olayı, atak dönemi dışında özkıyım düşüncesi, ailede özkıyım girişimi öyküsü daha fazladır.

2. Yaşamboyu özkıyım girişimi olanlarda KPDÖ, Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, HSA-15, HSA-9 ve YAB-7, Columbia özkıyım düşünce şiddeti ve yoğunluğu ömür boyu ölçek puan ortalamaları daha yüksektir.

3. Yaşamboyu özkıyım girişimi olan bireyler, yalnızca özkıyım niyeti olan grup ve özkıyım girişimi/ niyeti olmayan bireylere göre daha yüksek ÖADB puanlarına sahiptir. Yalnızca özkıyım niyeti olan bireyler ve özkıyım girişimi/ niyeti olmayanlar arasında anlamlı fark yoktur.

4. Major depresif bozukluk, bipolar bozukluk tip 1 ve 2 grupları arasında ÖADB skor ortalamaları açısından anlamlı fark yoktur.

5. Geçmiş özkıyım girişimi sayısı ve yaşamboyu ÖADB skoru pozitif ve orta derecede ilişkilidir.

6. Columbia özkıyım düşünce şiddeti ve yoğunluğu ömür boyu puanları ile yaşamboyu ÖADB skoru anlamlı ve orta derecede ilişkilidir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization [WHO]. (2014). Preventing suicide: A global imperative. Geneva.
2. Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current opinion in psychiatry*, *20*(1), 17-22.
3. Klonsky, E. D., & May, A. M. (2014). Differentiating suicide attempters from suicide ideators: A critical frontier for suicidology research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *44*(1), 1-5.
4. Fergusson, D. M., Beautrais, A. L., & Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological medicine*, *33*(1), 61-73.
5. Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, *56*(7), 617-626.
6. May, A. M., & Klonsky, E. D. (2016). What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *23*(1), 5-20.
7. Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, *4*(1), 37.
8. Isometsä, E. (2014). Suicidal behaviour in mood disorders—who, when, and why?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *59*(3), 120-130.
9. Aleman, A., & Denys, D. (2014). Mental health: a road map for suicide research and prevention. *Nature News*, *509*(7501), 421.
10. Oquendo, M. A., & Baca-Garcia, E. (2014). Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations. *World Psychiatry*, *13*(2), 128.
11. Rogers, M. L., Chiurliza, B., Hagan, C. R., Tzoneva, M., Hames, J. L., Michaels, M. S., ... & Joiner, T. E. (2017). Acute suicidal affective disturbance: Factorial structure and initial validation across psychiatric outpatient and inpatient samples. *Journal of affective disorders*, *211*, 1-11.
12. Tucker, R. P., Michaels, M. S., Rogers, M. L., Wingate, L. R., & Joiner Jr, T. E. (2016). Construct validity of a proposed new diagnostic entity: Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD). *Journal of affective disorders*, *189*, 365-378.
13. Amerikan Psikiyatri Birliği,Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal ElKitabı,Beşinci Baskı(DSM-5),Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan,çev.Köroğlu E,Hekimler Yayın Birliği,Ankara,2014.
14. Stanley, I. H., Rufino, K. A., Rogers, M. L., Ellis, T. E., & Joiner, T. E. (2016). Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD): A confirmatory factor analysis with 1442 psychiatric inpatients. *Journal of psychiatric research*, *80*, 97-104.
15. Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... & Ladea, M. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*, *68*(3), 241-251.

16. Khan, O., & Youssef, N. A. (2018). A brief history of polarity in mood and its diagnostic evolution. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, *30*(1), 61-66.
17. Angst, J., & Marneros, A. (2001). Bipolarity from ancient to modern times:: conception, birth and rebirth. *Journal of affective disorders*, *67*(1-3), 3-19.
18. Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression* (Vol. 1). Oxford University Press.
19. Altinbas, K., Tunç, S., Yazar, M. S., Özçetinkaya, S., Gülöksüz, S., & Oral, E. T. (2011). Kraepelin Bugün Yasasaydi Dikotomi Varligini Sürdürüyor Olur muydu?. *Dusunen Adam*, *24*(4), 321.
20. Vahip, S. (2004). Bipolar depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *7*(Supp: 1), 41-44.
21. Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., Heeringa, S., Üstün, T. B., ... & Bruffaerts, R. (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular psychiatry*, *16*(12), 1234.
22. Eroğlu, M. Z., & Özpoyraz, N. (2010). Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *2*(2), 206-236.
23. Blanco, C., Compton, W. M., Saha, T. D., Goldstein, B. I., Ruan, W. J., Huang, B., & Grant, B. F. (2017). Epidemiology of DSM-5 bipolar I disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. *Journal of psychiatric research*, *84*, 310-317.
24. Crump, C., Sundquist, K., Winkleby, M. A., & Sundquist, J. (2013). Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA psychiatry*, *70*(9), 931-939.
25. Schaffer, A., Isometsä, E. T., Azorin, J. M., Cassidy, F., Goldstein, T., Rihmer, Z., ... & Reis, C. (2015). A review of factors associated with greater likelihood of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder: Part II of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *49*(11), 1006-1020.
26. Nivoli, A. M., Pacchiarotti, I., Rosa, A. R., Popovic, D., Murru, A., Valenti, M., ... & Colom, F. (2011). Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. *Journal of affective disorders*, *133*(3), 443-449.
27. Ertan, T. (2008). Psikiyatrik bozukluklarin epidemiyolojisi. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastaliklar Sempozyumu (Eds M Uğur, İ Balcıoğlu, N Kocabaşoğlu)*, 25-30.
28. Kennedy, N., Boydell, J., Kalidindi, S., Fearon, P., Jones, P. B., van Os, J., & Murray, R. M. (2005). Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35-year period in Camberwell, England. *American Journal of Psychiatry*, *162*(2), 257-262.
29. Kroon, J. S., Wohlfarth, T. D., Dieleman, J., Sutterland, A. L., Storosum, J. G., Denys, D., ... & Sturkenboom, M. C. (2013). Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. *Bipolar disorders*, *15*(3), 306-313.
30. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve Bozuklukları 13. Gözden geçirilmiş baskı 2015 Ankara.

31. Sklar, P., Smoller, J. W., Fan, J., Ferreira, M. A. R., Perlis, R. H., Chambert, K., ... & De Bakker, P. I. W. (2008). Whole-genome association study of bipolar disorder. *Molecular psychiatry*, *13*(6), 558.
32. Lee, S. H., Ripke, S., Neale, B. M., Faraone, S. V., Purcell, S. M., Perlis, R. H., ... & Absher, D. (2013). Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nature genetics*, *45*(9), 984.
33. Lochhead, R. A., Parsey, R. V., Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2004). Regional brain gray matter volume differences in patients with bipolar disorder as assessed by optimized voxel-based morphometry. *Biological psychiatry*, *55*(12), 1154-1162.
34. Lyoo, I. K., Kim, M. J., Stoll, A. L., Demopulos, C. M., Parow, A. M., Dager, S. R., ... & Renshaw, P. F. (2004). Frontal lobe gray matter density decreases in bipolar I disorder. *Biological psychiatry*, *55*(6), 648-651.
35. Phillips, M. L., & Kupfer, D. J. (2013). Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *The Lancet*, *381*(9878), 1663-1671.
36. Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, *387*(10027), 1561-1572.
37. Azorin, J. M., Akiskal, H., & Hantouche, E. (2006). The mood-instability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood-incongruent psychotic distinction in mania: validation in a French National Study of 1090 patients. *Journal of affective disorders*, *96*(3), 215-223.
38. Leonhard, K. (1957). *Aufteilung der endogenen Psychosen*. Akademie-Verlag.
39. Uher, R., Payne, J. L., Pavlova, B., & Perlis, R. H. (2014). Major depressive disorder in DSM-5: Implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depression and anxiety*, *31*(6), 459-471.
40. Sadock, B. J. (2016). Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. *Çeviri Editörü. Prof. Dr. Ali Bozkurt. Duygudurum Bozuklukları,Major Depresyon ve Bipolar Bozukluk,347-380*
41. Koper, J. W., van Rossum, E. F., & van den Akker, E. L. (2014). Glucocorticoid receptor polymorphisms and haplotypes and their expression in health and disease. *Steroids*, *92*, 62-73.
42. Chen, H., Pine, D. S., Ernst, M., Gorodetsky, E., Kasen, S., Gordon, K., ... & Cohen, P. (2013). The MAOA gene predicts happiness in women. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *40*, 122-125.
43. Pei, Y., Smith, A. K., Wang, Y., Pan, Y., Yang, J., Chen, Q., ... & Wang, Y. (2012). The brain-derived neurotrophic-factor (BDNF) val66met polymorphism is associated with geriatric depression: A meta-analysis. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, *159*(5), 560-566.
44. Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., ... & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, *301*(5631), 386-389.

45. McGowan, P. O., Sasaki, A., D'alessio, A. C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., ... & Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature neuroscience*, *12*(3), 342.
46. Videbech, P., & Ravnkilde, B. (2004). Hippocampal volume and depression: a meta-analysis of MRI studies. *American Journal of Psychiatry*, *161*(11), 1957-1966.
47. Drevets, W. C., Bogers, W., & Raichle, M. E. (2002). Functional anatomical correlates of antidepressant drug treatment assessed using PET measures of regional glucose metabolism. *European Neuropsychopharmacology*, *12*(6), 527-544.
48. Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics*, *35*(1), 51-71.
49. Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, *56*(7), 617-626.
50. Rihmer, Z. (1996). Strategies of suicide prevention: focus on health care. *Journal of affective disorders*, *39*(2), 83-91.
51. Rihmer, A., Rihmer, Z., Jekkel, É., Kárteszi, M., Csiszér, N., & Farkas, Á. (2006). Psychiatric characteristics of 100 nonviolent suicide attempters in Hungary. *International journal of psychiatry in clinical practice*, *10*(1), 69-72.
52. Lecrubier, Y. (2001). The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. *European psychiatry*, *16*(7), 395-399.
53. Chu, C., Klein, K. M., Buchman-Schmitt, J. M., Hom, M. A., Hagan, C. R., & Joiner, T. E. (2015). Routinized assessment of suicide risk in clinical practice: An empirically informed update. *Journal of clinical psychology*, *71*(12), 1186-1200.
54. Forman, E. M., Berk, M. S., Henriques, G. R., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2004). History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, *161*(3), 437-443.
55. Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2009). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current status and future directions. *Journal of clinical psychology*, *65*(12), 1291-1299.
56. Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, *117*(2), 575.
57. Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, *8*(2), 114-129.
58. Klonsky, E. D., Qiu, T., & Saffer, B. Y. (2017). Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. *Current opinion in psychiatry*, *30*(1), 15-20.
59. EKŞİOĞLU, S., GÜLEÇ, H., ŞİMŞEK, G., & SEMİZ, Ü. B. İntihar Girişimi Bulunan Duygudurum Bozukluğu Tanılı Hastalarda Mizaç Özellikleri.
60. Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British journal of psychiatry*, *170*(3), 205-228.

61. Ilgen, M. A., Bohnert, A. S., Ignacio, R. V., McCarthy, J. F., Valenstein, M. M., Kim, H. M., & Blow, F. C. (2010). Psychiatric diagnoses and risk of suicide in veterans. *Archives of general psychiatry*, *67*(11), 1152-1158.
62. Schaffer, A., Isometsä, E. T., Tondo, L., H Moreno, D., Turecki, G., Reis, C., ... & Ha, K. (2015). International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, *17*(1), 1-16.
63. Saunders, K. E., & Hawton, K. (2013). Clinical assessment and crisis intervention for the suicidal bipolar disorder patient. *Bipolar disorders*, *15*(5), 575-583.
64. Sani, G., Tondo, L., Koukopoulos, A., Reginaldi, D., Kotzalidis, G. D., Koukopoulos, A. E., ... & Ambrosi, E. (2011). Suicide in a large population of former psychiatric inpatients. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *65*(3), 286-295.
65. Zalsman, G., Braun, M., Arendt, M., Grunebaum, M. F., Sher, L., Burke, A. K., ... & Oquendo, M. A. (2006). A comparison of the medical lethality of suicide attempts in bipolar and major depressive disorders. *Bipolar disorders*, *8*(5p2), 558-565.
66. Angst, F., Stassen, H. H., Clayton, P. J., & Angst, J. (2002). Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. *Journal of affective disorders*, *68*(2-3), 167-181.
67. Uğur, K., & Tamam, L. (2019). Bipolar bozuklukta özk. *Cukurova Medical Journal*, *44*(2), 1.
68. Carballo, J. J., Harkavy-Friedman, J., Burke, A. K., Sher, L., Baca-Garcia, E., Sullivan, G. M., ... & Oquendo, M. A. (2008). Family history of suicidal behavior and early traumatic experiences: additive effect on suicidality and course of bipolar illness?. *Journal of Affective Disorders*, *109*(1-2), 57-63.
69. Roy, A. (2005). Childhood trauma and impulsivity. Possible relevance to suicidal behavior. *Archives of suicide Research*, *9*(2), 147-151.
70. Brodsky, B. S., Oquendo, M., Ellis, S. P., Haas, G. L., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*, *158*(11), 1871-1877.
71. Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson.
72. Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, *97*(1), 90.
73. Borges, G., Chiu, W. T., Hwang, I., Panchal, B. N., Ono, Y., Sampson, N. A., ... & Nock, M. K. (2012). Prevalence, onset, and transitions among suicidal behaviors. *Suicide: Global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*, 65-74.
74. Ribeiro, J. D., Bender, T. W., Selby, E. A., Hames, J. L., & Joiner, T. E. (2011). Development and validation of a brief self-report measure of agitation: The Brief Agitation Measure. *Journal of personality assessment*, *93*(6), 597-604.
75. Bernert, R. A., & Nadorff, M. R. (2015). Sleep disturbances and suicide risk. *Sleep medicine clinics*, *10*(1), 35-39.

76. Hendin, H., Al Jurdi, R. K., Houck, P. R., Hughes, S., & Turner, J. B. (2010). Role of intense affects in predicting short-term risk for suicidal behavior: a prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *198*(3), 220-225.
77. Glenn, C. R., & Nock, M. K. (2014). Improving the short-term prediction of suicidal behavior. *American journal of preventive medicine*, *47*(3), S176-S180.
78. Busch, K. A., Fawcett, J., & Jacobs, D. G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *The Journal of clinical psychiatry*.
79. Conrad, A. K., Jacoby, A. M., Jobes, D. A., Lineberry, T. W., Shea, C. E., Arnold Ewing, T. D., ... & Grenell, J. A. (2009). A psychometric investigation of the Suicide Status Form II with a psychiatric inpatient sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *39*(3), 307-320.
80. Russell, K., Allan, S., Beattie, L., Bohan, J., MacMahon, K., & Rasmussen, S. (2019). Sleep problem, suicide and self-harm in university students: A systematic review. *Sleep medicine reviews*.
81. Sjöström, N., Waern, M., & Hetta, J. (2007). Nightmares and sleep disturbances in relation to suicidality in suicide attempters. *Sleep*, *30*(1), 91-95.
82. Fazaa, N., & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *33*(2), 172-185.
83. Phillips, M. R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H., & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *The Lancet*, *360*(9347), 1728-1736.
84. McFeeters, D., Boyda, D., & Siobhan, O. (2015). Patterns of stressful life events: distinguishing suicide ideators from suicide attempters. *Journal of affective disorders*, *175*, 192-198.
85. Zimmerman, M., Ellison, W., Young, D., Chelminski, I., & Dalrymple, K. (2015). How many different ways do patients meet the diagnostic criteria for major depressive disorder?. *Comprehensive psychiatry*, *56*, 29-34.
86. Biskin, R. S., & Paris, J. (2012). Diagnosing borderline personality disorder. *CMAJ*, *184*(16), 1789-1794.
87. Rogers, M. L., Hom, M. A., & Joiner, T. E. (2019). Differentiating acute suicidal affective disturbance (ASAD) from anxiety and depression Symptoms: A network analysis. *Journal of affective disorders*, *250*, 333-340.
88. Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, *156*(2), 181-189.
89. Post, R. M., Roy-Byrne, P. P., & Uhde, T. W. (1988). Graphic representation of the life course of illness in patients with affective disorder.
90. Aydemir, Ö., Uluşahin, A., & Akdeniz, F. (2010). İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Kılavuzu. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 43-62.
91. Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... & Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal

consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American journal of psychiatry*, *168*(12), 1266-1277.

92. Güleç, M. Y., Güleç, H., Şimşek, G., Turhan, M., & Sünbül, E. A. (2012). Psychometric properties of the Turkish version of the patient health questionnaire–somatic, anxiety, and depressive symptoms. *Comprehensive psychiatry*, *53*(5), 623-629.
93. Arslantaş, Hülya; Sevinçok, Levent; Uygur, Bülent; Balcı, Volkan; Adana,Filiz.Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 10(2) : 3–10
94. Özerdem A, Yazıcı O, Tunca Z, Mood Disorders Study Group, Psychiatric Association of Turkey and K Tırpan. Establishment of Computerized Registry Program for Bipolar Illnes in Turkey: SKİPTÜRK. J Affect Disord. 2004;84:86.
95. Karadağ, F., Oral, E. T., Aran Yalçın, F., & Erten, E. (2001). Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *13*(2), 107-14.
96. Medine Yazıcı Güleç, Özlem Kazan Kızılkurt, Ferzan Ergun Gıynaş, Sertaç Alay Öztürk, Nazmiye Güçlü. Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması Yaşam boyu ve Güncel Ölçeklerinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. 54. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 02-06 Ekim, 2018, İzmir, Türkiye. (Sözel Bildiri)
97. Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, *88*(6), 791-804.
98. Saatçioğlu, Ö., Evren, C., & Çakmak, D. (2002). Alkol kullanım bozuklukları tanıma testinin geçerliği ve güvenirliği. *Türkiye'de Psikiyatri*, *4*(2-3), 107-113.
99. Evren, C., Ogel, K., Evren, B., & Bozkurt, M. (2014). Psychometric properties of the Turkish versions of the drug use disorders identification Test (DUDIT) and the Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in the Prison Setting. *Journal of psychoactive drugs*, *46*(2), 140-146.
100. Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, *51*(6), 768-774.
101. Güleç, H., Tamam, L., Turhan, M., Karakuş, G., Zengin, M., & Stanford, M. S. (2008). Psychometric Properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, *18*(4).
102. Blanco, C., Compton, W. M., Saha, T. D., Goldstein, B. I., Ruan, W. J., Huang, B., & Grant, B. F. (2017). Epidemiology of DSM-5 bipolar I disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. *Journal of psychiatric research*, *84*, 310-317.
103. Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2015). Demographic and diagnostic differences among suicide ideators, single attempters, and multiple attempters among military personnel and veterans receiving outpatient mental health care. *Military behavioral health*, *3*(4), 289-295.

104. Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... & Salazar, J. O. (2002). Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Archives of general psychiatry*, *59*(9), 801-807.
105. Schaffer, A., Isometsä, E. T., Tondo, L., H Moreno, D., Turecki, G., Reis, C., ... & Ha, K. (2015). International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, *17*(1), 1-16.
106. Jiménez, E., Arias, B., Mitjans, M., Goikolea, J. M., Ruíz, V., Brat, M., ... & Oquendo, M. A. (2016). Clinical features, impulsivity, temperament and functioning and their role in suicidality in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *133*(4), 266-276.
107. López, P., Mosquera, F., Gutierrez, M., Ezcurra, J., Ramirez, F., & Gonzalez-Pinto, A. (2001). Suicide attempts in bipolar patients. *The Journal of clinical psychiatry*, *62*(12), 963-966.
108. Aaltonen, K., Näätänen, P., Heikkinen, M., Koivisto, M., Baryshnikov, I., Karpov, B., ... & Paunio, T. (2016). Differences and similarities of risk factors for suicidal ideation and attempts among patients with depressive or bipolar disorders. *Journal of affective disorders*, *193*, 318-330.
109. Uğur, K., Tamam, L., Özpoyraz, N., & Demirkol, M. E. (2012). Bipolar bozuklukta özkıyım davranışlarının değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, *44*(2), 1-1.
110. McFeeters, D., Boyda, D., & Siobhan, O. (2015). Patterns of stressful life events: distinguishing suicide ideators from suicide attempters. *Journal of affective disorders*, *175*, 192-198.
111. Carballo, J. J., Harkavy-Friedman, J., Burke, A. K., Sher, L., Baca-Garcia, E., Sullivan, G. M., ... & Oquendo, M. A. (2008). Family history of suicidal behavior and early traumatic experiences: additive effect on suicidality and course of bipolar illness?. *Journal of Affective Disorders*, *109*(1-2), 57-63.
112. Honings, S., Drukker, M., van Nierop, M., van Winkel, R., Wittchen, H. U., Lieb, R., ... & van Os, J. (2016). Psychotic experiences and incident suicidal ideation and behaviour: disentangling the longitudinal associations from connected psychopathology. *Psychiatry research*, *245*, 267-275.
113. Honings, S., Drukker, M., Groen, R., & van Os, J. (2016). Psychotic experiences and risk of self-injurious behaviour in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, *46*(2), 237-251.
114. O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*, *1*, 181-98.
115. Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, *15*(8), 868.
116. Conway, P. M., Erlangsen, A., Teasdale, T. W., Jakobsen, I. S., & Larsen, K. J. (2017). Predictive validity of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale for short-term suicidal behavior: a Danish study of adolescents at a high risk of suicide. *Archives of suicide research*, *21*(3), 455-469.

117. Buckner, J. D., Lewis, E. M., & Tucker, R. P. (2019). Mental Health Problems and Suicide Risk: The Impact of Acute Suicidal Affective Disturbance. *Archives of Suicide Research*, 1-11.
118. O'Keefe, V. M., Grant, D. M., Tucker, R. P., Lechner, W. V., Mills, A. C., Judah, M. R., & Wingate, L. R. (2016). Autonomy as a prospective predictor of perceived burdensomeness and thwarted belongingness through symptoms of depression. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, *73*(1), 70-86.
119. Rogers, M. L., & Joiner, T. E. (2018). Lifetime acute suicidal affective disturbance symptoms account for the link between suicide-specific rumination and lifetime past suicide attempts. *Journal of affective disorders*, *235*, 428-433.
120. Bagge, C. L., Glenn, C. R., & Lee, H. J. (2013). Quantifying the impact of recent negative life events on suicide attempts. *Journal of abnormal psychology*, *122*(2), 359.

EKLER

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ



ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ

Doküman Adı:

Yayın Tarihi:

Sayfa No: 1/5

Onaylayan:

'Duygudurum Bozukluklarında Yaşam Boyu Özkıyım Niyeti Olmayan, Yalnızca Özkıyım Niyeti Olan ve Özkıyım Girişimi Olan Olguların Demografik ve Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması ve Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması(ÖADB) ile İlişkisi' isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlıklarını bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın ve bu bilgileri ailenizle ve/veya doktorunuzla tartışın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?
Dünyada her yıl 80000 kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. İntiharı önlemenin ana unsuru intihar riskinin dikkatle değerlendirilmesi ve yönetimidir. Bu çalışmayla duygudurum bozukluğu tanılı hastalarda yaşam boyu intihar niyeti/girişimi olmayan, yalnızca intihar niyeti olan, özkıyım girişimi olanları demografik ve klinik özellikler ve ÖADB varlığı açısından karşılaştırmayı amaçladık. Elde edilen verilerle klinisyenlerce intiharın daha iyi yönetimi ve intihara bağlı ölümlerin azaltılması amaçlanmaktadır. Bu çalışmaya
Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Polikliniğinden Duygudurum Bozukluğu tanısı ile takipli ve tedavi görmekte olan hastalar alınacaktır. Bu çalışmaya 300 kişilik hasta grubu dahil edilecektir. Araştırma, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılacaktır.
Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?

Değerlendirme Görüşmesi: Çalışmaya katılmanız durumunda, bir psikiyatrist tarafından yapılacak bir değerlendirme görüşmesine katılmanız gerekmektedir. Bu görüşmede tıbbi ve psikiyatrik öykünüzün alınacağı bir değerlendirme yapılacaktır. Bu aşamada yaşamınız boyunca ve şuanda intihar öykünüz, psikiyatrik yakınmalarınız ve genel anlamda yaşam biçiminiz değerlendirilecektir. Görüşmeler sessiz sakin bir odada yapılacaktır ve yaklaşık olarak 30-45 dakika kadar sürebilecektir. Bu görüşme ve görüşme dahilinde size uygulanacak olan testler için herhangi bir ücret talep edilmemektedir.

Uygulanacak Ölçekler:

1) Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu: Kişisel bilgilerinizin kaydedildiği formdur.

2)Yaşamboyu İzlem Çizelgesi: Bu çizelge üzerinde hastalığın başlangıç yaşı, yineleyen dönemlerin şiddeti ve tarihleri, kullanılan ilaçlar, yaşam olayları işaretlenebilmektedir.

3)Columbia-İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği : İntihar düşüncesinin şiddetini belirlemeyi amaçlar.

4)Hasta Sağlık Anketi- Somatik, Anksiyete, Depresif Semptomlar (PHQ-SADS): Somatik semptomları değerlendiren PHQ-15, 7 temel anksiyete semptomunu değerlendiren GAD-7,kaygı ataklarını değerlendiren P-5 ve major depresif bozukluğun 9 alanını değerlendiren PHQ-9 alt ölçeklerinden oluşur. Hasta tarafından doldurulan özbildirim ölçeğidir .

5) Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği: Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda psikotik ve bazı depresif belirtilerin şiddetini ve değişimini ölçmek için kullanılan bu ölçek, yarı yapılandırılmış olup, 18 maddeden oluşur.

6)SKIPTURK (Duygudurum Bozuklukları Hasta Tanı ve İzlem Formu): Hastalığın başlangıç yaş ı, hastalık süresi, tedaviye başlama yaşı, öyküde fiziksel ve cinsel kötüye kullanım,akademik ve sosyal işlevsellik, premenstrüel sendrom,ilk hastalık dönemi tipi, dönem şiddeti ve süresi,doğum son-rası başl angıç,mevsimsellik, depresyon alttipi, psikotik bulgulu dönem, suicid girişimi,hastaneye yatış,dönem s üresi, dönem sayıları, egemen gidiş örüntüsü, ani başlangıç ve bitiş, süregenlik ve hızlı döngü-lülük, k ayma, sigara, alkol ve madde kullanımını, koruyucu tedavi öyküsünü ve önceki hastalık döne-minden şimdiki hastalık dönemine kadar olan süre için tedavi uyumunu sorgulamaktadır.

7) Young Mani Derecelendirme Ölçeği: Klinisyenin uyguladığı bir ölçektir. 11 maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi içeren bir ölçektir. Şiddetini derecelendirme ise son 48 saat içinde hastanın öznel kanaati ile bildirdiklerine ve klinisyenin görüşme sırasında hastanın davranışları ile ilgili gözlemlerine dayanmaktadır.

8) Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması Envanteri-Yaşamboyu ve Güncel (ÖADBE-Y ve ÖADBE-G): ÖADBE-Y, 26 maddeden oluşan yaşam boyu ÖADB semptomlarının bir ölçümüdür.Öğeler, intihar niyetinin şiddetli artışının varlığını ve ciddiyetini yansıtmaktadır. Ayrıca, intihar niyetinin önemli ölçüde arttığı en şiddetli zaman zarfında kendini soyutlama duyguları, kendinden ve başkalarından tiksinme duygularının ve başkalarına yük olma algılarının şiddetini değerlendirir. .Dört madde, intihara yönelik niyetin en belirgin biçimde arttığı şiddetli zaman süresince uykusuzluk sorunlarının şiddetini, kabusları ,tedirginlik ve sinirlilik hissini değerlendirir. ÖADBE-G, 26 maddeden oluşan son 1 hafta içindeki ÖADB semptomlarının bir ölçümüdür.

9)Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi(AUDIT): Alkol kullanım bozukluğu ve içmeye bağlı sorunları olan hastalara erken tanı koymaya yardımcı olan bir testtir.

10)Madde Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi(DUDIT): Bireydeki madde kullanım sorununu saptamayı hedefleyen, 11 sorudan oluşan bir tarama testidir.

11)Barrat Dürtüsellik Ölçeği:Dürtüselliği ölçmek için geliştirilmiş, 30 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir.

Araştırmamız 6 ay devam edecektir ve araştırmaya katılan tüm katılımcılarla görüşme yapılarak, belirtilen ölçekler uygulanacaktır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları nelerdir, göreceğim olası bir zarar durumunda ne yapılacak ?

Uygulanmış olan tedavi üzerine hastalığınız açısından güvenli olmayan bir müdahale ya da girişim olmayacaktır. Dolayısı ile bu çalışma uygulanan tedavi etkinliğini değiştirmeyecektir.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Çalışmada elde edilen veriler ışığında intihar riski olan hastaların belirlenmesi ve daha uygun müdahaleler geliştirilmesi mümkün olabilecektir.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir ?

Herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak ?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz çalışma boyunca hekiminiz tarafından gizli tutulacaktır. Bununla beraber izleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün

orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişim imkanları bulunmaktadır, ancak bu bilgileriniz gizli tutulacaktır. Elinizde bulunan bu gönüllü olur formunu imzalayarak söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız. Çalışmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Gönüllüler nasıl korunur ?

Gönüllünün serbest iradesi ile araştırmaya dahil edileceğine dair oluru alınır ve bu durum (c) bendinde yer alan bilgilendirmeye yönelik hususları kapsayan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile belgelenir. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllüye verilir, diğeri ise araştırmacıda kalır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim ?

Çalışma ilacı ile ilgili bir sorununuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : SERTAÇ ALAY ÖZTÜRK
GÖREVİ : PSİKİYATRİ HEKİMİ
TELEFON : 05065223108

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesinde, Dr. Sertaç ALAY ÖZTÜRK tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.



ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ

Doküman Adı:

Yayın Tarihi:

Sayfa No: 5/5

Onaylayan:

Katılımcı
Adı- soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı
Adı-soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim
Adı-Soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:

Tarih:

KLİNİK VERİ FORMU

1)Geçmişteki intihar girişimi sayısı:

2)Geçmişteki intihar girişimi yöntemleri:

- İlaç
- Ası
- Atlama
- Ateşli Silah
- Diğer

3)Geçmişte intihar girişimi sonrası yoğunbakım yatışı:

- Var
- Yok

4)Geçmişte intihar girişimi öncesi stresör olay(ayrılık,kayıp,reddedilme):

- Var ise nedeni:
- Yok

5)En son intihar girişiminin zamanı:

- 24 saat içinde
- 24 saat-1 hafta arasında
- 1hafta-2 hafta arasında
- 2 hafta-3 hafta arasında
- 3 hafta-4 hafta arasında
- 1 aydan önce

6)En son intihar girişiminin yöntemi

- İlaç
- Ası
- Atlama
- Ateşli Silah
- Diğer

7)En son intihar girişimi sonrası yoğun bakım yatışı:

- Var
- Yok

8)En son intihar girişimi öncesi stresör olay(ayrılık,kayıp,reddedilme):

- Var ise nedeni:
- Yok:

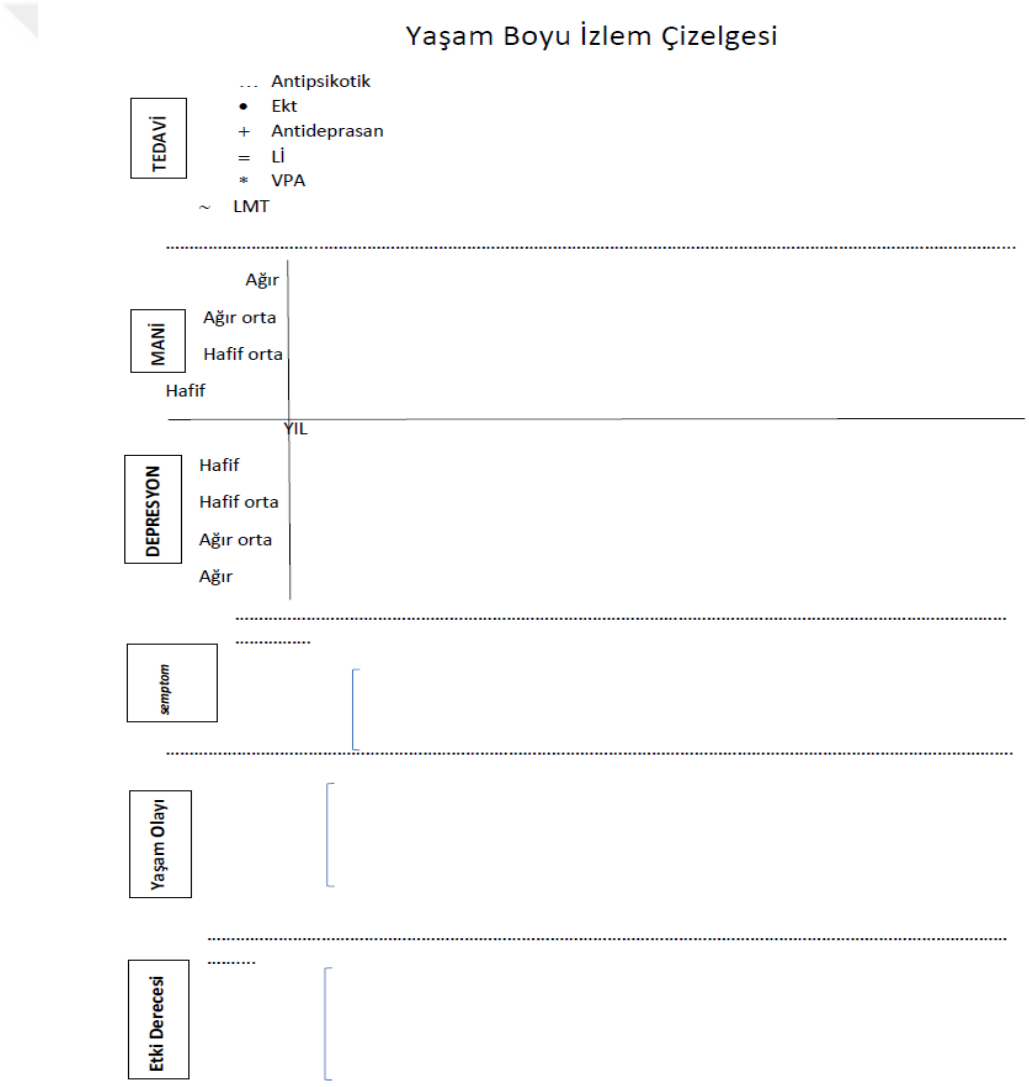
9)Ailede intihar girişimi öyküsü :

- Var ise kim?
- Yok

10) Ailede intihar girişimi sonucu ölen birisi:

- Var
- Yok

YAŞAM BOYU İZLEM ÇİZELGESİ



ÖZKIYIMLA İLİŞKİLİ AKUT DUYGUDURUM BOZULMASI ENVANTERİ-YAŞAMBOYU

FORM II

Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması Envanteri-Yaşamboyu

YÖNERGE: Lütfen her bir maddeyi dikkatli bir şekilde okuyunuz ve YAŞAMINIZ BOYUNCA deneyiminizi yansıtan bir yanıt seçiniz.

1. **Yaşamınız boyunca** hiç intihar düşünceniz oldu mu?

___ EVET

___ HAYIR

**** 1. SORUYA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ TESTİ BİTİRİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 2A SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

YÖNERGE: Bundan sonraki sorular kendinizi öldürme niyetinizi sorgulamaktadır. Niyet, gerçekte bir intihar davranışında bulunma ve kendinizi öldürme arzusu ile hareket etme ihtimalinizin bir ölçüsüdür.

2a. **Yaşamınız boyunca** kendinizi öldürme niyetinizde şiddetli bir artış oldu mu?

___ EVET

___ HAYIR

2b. Eğer cevabınız evet ise, geçen hafta içinde kendinizi öldürme niyetinizdeki bu şiddetli artış, haftalar veya aylar içinde değil de saatler veya günler içinde mi gerçekleşti?

___ EVET

___ HAYIR

**** 2B SORUSUNA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ, TESTİ BİTİRİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 2C SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

2c. Lütfen, aşağıdaki ölçeğe göre **yaşamınız boyunca** kendinizi öldürme niyetinizdeki en şiddetli artış aralığını **iki** rakamla derecelendirip boşluklara yazınız.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Niyet yok					Orta niyet					Şiddetli niyet

Aralık: ____ (en düşük niyet) ____ (en yüksek niyet)

YÖNERGE: Yaşamınız boyunca, intihar niyetinizde saatler ya da günler içinde (haftalar ya da aylar değil) meydana gelen ciddi bir artış yaşadığınızı belirttiniz. **Eğer bu durum yaşamınız boyunca birden fazla kez gerçekleşmiş ise**, lütfen bir dakikanızı ayırarak intihar niyetinizde ciddi bir artış yaşadığınız en şiddetli dönemi düşününüz. **Aşağıdaki soruları sadece en şiddetli dönem hakkında düşünerek cevaplayınız.**

Lütfen intihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizin ayını ve yılını yazınız:

Ay:_____

Yıl:_____

3. **İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde**, intihar düşüncelerinizin hiçbir zaman geçmeyeceğini ya da değişmeyeceğini ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

4a. **İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde**, diğer insanlardan önemli derecede kopmuş olduğunuzu hissettiniz mi?

___ EVET

___ HAYIR

**** 4A SORUSUNA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ, 5A SORUSUNA GEÇİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 4B SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

4b. **İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde**, diğer insanlardan kopmuş olduğunuzu ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

4c. **İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde**, diğer insanlardan kopmuş olma hissinizin hiçbir zaman geçmeyeceğini ya da değişmeyeceğini ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

5a. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, diğer insanlara karşı aşırı derecede tiksinti hissettiniz mi?

___ EVET

___ HAYIR

**** 5A SORUSUNA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ, 6A SORUSUNA GEÇİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 5B SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

5b. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, diğer insanlara karşı aşırı derecede tiksinti duyduğunuzu ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

5c. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, diğer insanlara karşı duyduğunuz aşırı tiksintinin hiçbir zaman geçmeyeceğini ya da değişmeyeceğini ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

6a. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, hayatınızdaki diğer insanların siz olmazsanız daha iyi olacağını güçlü bir şekilde hissettiğiniz oldu mu?

___ EVET

___ HAYIR

**** 6A SORUSUNA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ, 7A SORUSUNA GEÇİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 6B SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

6b. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, hayatınızdaki diğer insanların siz olmazsanız daha iyi olacağını ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

6c. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, hayatınızdaki diğer insanların siz olmazsanız daha iyi olacağı hissinizin hiçbir zaman geçmeyeceğini ya da değişmeyeceğini ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

7a. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, kendinize karşı güçlü bir tiksinme veya nefret duygusu hissettiniz mi?

___ EVET

___ HAYIR

**** 7A SORUSUNA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ, 8B SORUSUNA GEÇİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 7B SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

7b. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, kendinize karşı duyduğunuz güçlü tiksinme veya nefret duygusunun şiddeti ne kadardı?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

7c. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, kendinize karşı hissettiğiniz güçlü tiksinme veya nefret duygunuzun hiçbir zaman geçmeyeceğini veya değişmeyeceğini ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

YÖNERGE: Verilen ölçekleri kullanarak, **<u>intihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, aşağıdakilerin her birini ne düzeyde yaşadığınızı işaretleyiniz.

8. Kendini tedirgin, kendinden memnuniyetsiz ve/veya huzursuz hissetmek. (ör. "Kendi benliğimi terk etmek istiyorum" gibi hissettim)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

9. Aşırı sinirli hissetmek

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

10. Uykuya dalmakta, uykuyu devam ettirmekte zorlanmak veya çok erken uyanmak.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

11a. Kâbus görmek

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

11b. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, kaç defa kâbus gördünüz?_____

12. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, yukarıda onayladığınız sorunların herhangi biri (Madde 1-11) özellikle uyuşturucu bir madde veya alkol almanız nedeniyle mi aniden kötüleşti?

___ EVET

___ HAYIR

13. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, yukarıda onayladığınız sorunların herhangi biri (Madde 1-11) devam eden bir depresyonun aniden kötüleşmesinin bir göstergesi miydi?

___ EVET

___ HAYIR

14. İntihar niyetinde ciddi bir artışın yanında, yukarıda tanımlanan belirtilerin bir kısmının da olduğu bu dönmelerden birisine ilk girdiğinizde **<u>kaç yaşınızdaydınız</u>**?_____

15. Yaşamınız boyunca bu dönemlerden **<u>kaç tane</u>** geçirdiniz?_____

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.
Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.
Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

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

A- PHQ.15

Son 4 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiç rahatsız olmadım **(1)** Biraz rahatsız oldum **(2)** Çok rahatsız oldum

	0	1	2
1. Karın ağrısı			
2. Sırt ağrısı			
3. Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz, kalça vs.) ağrı			
4. Yorgunluk ve enerji azlığı			
5. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma			
6. Adet (aybaşı) sancısı veya adetlerinizle ilgili başka problemler			
7. Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel başka problemler			
8. Baş ağrısı			
9. Göğüs ağrısı			
10. Baş dönmesi			
11. Fenalık hissi			
12. Kalbinizin hızla çarptığını hissetme			
13. Nefes darlığı			
14. Kabızlık, yumuşak dışkı ya da ishal			
15. Bulantı, şişkinlik veya hazımsızlık			

B- GAD.7

Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman **(1)** Sadece birkaç gün **(2)** Günün yarısından fazla **(3)** Hemen hemen her gün

	0	1	2	3
1. Sinirli, kaygılı ya da sabırsız hissetme				
2. Endişelenmeyi kontrol altına alamama ya da durduramama				
3. Değişik şeyler hakkında çok fazla endişelenme				
4. Gevşemede zorlanma				
5. Hareketsiz oturmada zorlanacak kadar çok huzursuz olma				
6. Keyfin çabuk kaçması ve çabuk kırılma (alıngan olma)				
7. Sanki kötü bir şey olacak gibi korku hissetme				

C- P.5

Kaygı atakları ile ilgili sorular

	Evet	Hayır
a. Son 4 hafta içinde kaygı-endişe atağınız (birden korkma ya da panikleme) oldu mu?		
b. Daha önce de oldu mu?		
c. Bu ataklardan bazıları *birdenbire ansızın* (rahatsız ya da sinirli olmayı ummadığınız durumlarda) mı gelir?		
d. Bu ataklar sizi çok mu rahatsız eder ya da başka bir atağın gelmesinden endişelenir misiniz?		
e. Son ciddi kaygı atak esnasında, nefes darlığı, terleme veya kalp çarpıntısı şikayetleriniz oldu mu?		

D- PHQ.9

Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman **(1)** Sadece birkaç gün **(2)** Günün yarısından fazla **(3)** Hemen hemen her gün

	0	1	2	3
1. Bir şey yapmaktan az zevk alma ve ilgide azalma				
2. Çökkün, düşkün ya da umutsuz hissetme				
3. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma				
4. Yorgun hissetme veya az enerjiye sahip olma				
5. İştahsızlık veya aşırı yeme				
6. Kendini kötü hissetme-bir hata yaptığını veya ailesini üzdüğünü sanma				
7. Televizyon izlemede veya gazete okumada yoğunlaşamama				
8. Dışardan fark edilir biçimde konuşma ve hareketlerde yavaşlama, ya da tam tersi huzursuzluk nedeniyle kendi etrafında sürekli dolanma				
9. Ölsem daha iyi olur düşünceleri veya kendine zarar verme düşünceleri olma				

E- Bu ankette sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmada, evle ilgilenmenizde veya insanlarla geçinmenizde ne kadar zorluk çıkardı?

( ) Hiç zorluk çıkarmadı
( ) Biraz zorluk çıkardı
( ) Çok zorluk çıkardı
( ) Aşırı derecede zorlandım