TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

İKİ UÇLU BOZUKLUK I HASTALARINDA KİŞİLİK İŞLEVİ DÜZEYİNİN İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİ

DR. ÖZLEM KIZILKURT

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL-2016

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

İKİ UÇLU BOZUKLUK I HASTALARINDA KİŞİLİK İŞLEVİ DÜZEYİNİN İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİ

DR. ÖZLEM KIZILKURT

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI:

DOÇ.DR. MEDİNE YAZICI GÜLEÇ

İSTANBUL-2016

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde mesleki bilgisini ve zamanını benden esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Medine YAZICI GÜLEÇ'e, asistanlığımın başından itibaren her konuda yardımlarını sunan sayın Doç.Dr. Hüseyin GÜLEÇ'e ve birlikte çalışma fırsatı bulduğum için kendimi şanslı hissettiğim Doç. Dr Engin Emrem BEŞTEPE'ye, Prof. Dr. Serhat ÇITAK'a, Prof. Dr. Sermin KESEBİR'e, Prof. Dr. Ümit Başar SEMİZ'e, nöroloji rotasyonumdaki emekleri için Doç. Dr. Gülay ÖZTÜRK, Doç. Dr. S. Füsun DOMAÇ MAYDA ve Prof. Dr. Dursun KIRBAŞ'a, çocuk pskiyatrisi rotasyonumdaki emekleri için sayın Prof. Dr. Ayşe ARMAN'a ve Doç.Dr. Neşe FİŞ'e şükranlarımı ve saygılarımı sunarım.

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmamız süresince deneyimlerini benimle paylaşan ve birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum Doç. Dr. Rabia BİLİCİ'ye, Yr. Doç. Dr. Filiz İZCİ, Uz. Dr. Yusuf Özay ÖZDEMİR'e, Uz. Dr. Yücel YILMAZ'a, Uz. Dr. İshak SAYGILI'ya, Uz. Dr. Nurdan BODUR'a, Uz. Dr. Hülya AKAR ÖZMEN'e, Uz. Dr. Haluk USTA, Uz. Dr. Elif YILMAZ'a, Doç. Dr. Selma BOZKURT ZİNCİR'e, Uz. Dr. Elif Tatlıdil YAYLACI'ya, Uz. Dr. Dicle Bilge ÖĞÜT ve Uz. Dr. Beliz ÖZEN'e teşekkürlerimi sunarım.

Tezimi yapmam sürecinde yardımlarını esirgemeyen Dr. Erçin YILMAZ, Dr. Emel BAŞOĞLU, Dr. Şakir GICA, Dr. Mine ERGELEN, Dr. Yiğit KIVILCIM, Dr. Sıdıka BAZİKİ, Dr. Ayşenur OĞUZ, Dr. Ayşe TERZİ, Dr. Murat KURU, Dr. Yağmur ATAY, Dr. Nergis TÜRKEGÜN, DR Arda Kazım DEMİRKAN, Dr. Gamze AKÇAY'a psikoterapi merkezi ekibinden Emin TEKİN ve Deniz TEKİN'e teşekkür ederim. Asistanlık sürem boyunca hastanemizde birlikte çalışma olanağı bulduğum tüm psikolog ve hemşire ekibine, sağladıkları kolaylıklar ve gösterdikleri yakınlıktan ötürü tüm sağlık memuru, tıbbi sekreter, personel ve güvenlik görevlilerinde teşekkür ederim.

Erenköy'de çalışmayı benim için daha anlamlı hale getiren, dostluklarını cömertçe sunan sevgili dostum Dr. Fikret Ferzan GIYNAŞ'a, sevgili Dr. Yağmur SEVER FİDAN'a, sevgili Dr. Sümeyye Yasemin KURTULUŞ ÇALLI'ya, sevgili

Dilek ÇAĞLAR TETİK'e ve birlikte çalışma olanağı yakaladığım tüm uzman ve asistan hekim arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Yetişmemde büyük emekleri ve fedakârlıkları bulunan sevgili babam Hıdır KAZAN ve annem Ayşe KAZAN'a, varlığını hep yanımda hissettiğim kardeşim Özgür KAZAN'a şükranlarımı sunarım.

Birlikteliğimiz boyunca göstermiş olduğu anlayış ve destek için en iyi arkadaşım, sevgili eşim Taha KIZILKURT' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Özlem KIZILKURT

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **ii**

İÇİNDEKİLER ..... **iv**

KISALTMALAR ..... **vii**

TABLO LİSTESİ ..... **ix**

ÖZET ..... **xii**

ABSTRACT ..... **xiv**

1. GİRİŞ ve AMAÇ **1**

2. GENEL BİLGİLER **3**

2.1. İKİ UÇLU BOZUKLUK 3

2.1.1. Tanım 3

2.1.2. Tarihçe 5

2.1.3. Etiyoloji 7

2.1.3.1. Monoamin Hipotezi 7

2.1.3.2. Genetik Etmenler 8

2.1.3.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları 10

2.1.3.4. Kindling (Tutuşma) Modeli 10

2.1.3.5. Nöroendokrin Değişiklikler 11

2.3.1.6. Psikodinamik Kuram 11

2.1.4. Tanı 12

2.1.5. Klinik özellikler 13

2.1.6. İki Uçlu Bozuklukta İşlevsellik 14

2.1.7. İki Uçlu Bozuklukta İşlevselliğin Değerlendirilmesi 18

2.2. KİŞİLİK İŞLEVİ DÜZEYİ 19

2.2.1. Kişilik ve Kişilik Bozukluğu 19

2.2.2. DSM-5' in Kişilik Bozuklukları Alanında Önerdiği Yenililer 19

2.2.3. Kişilik İşlevi Düzeyi Ölçeği 22

2.3. İKİ UÇLU BOZUKLUKTA İŞLEVSELLİK ve KİŞİLİK 25

3.YÖNTEM VE GEREÇLER 27

3.1. ÖRNEKLEM 27

3.2. GEREÇLER 28

3.2.1. DSM IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID I) 28

3.2.2. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) 28

3.2.3. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ) 28

3.2.4. Duygudurum Bozuklukları Tanı ve İzlem Formu(SKIP-TURK) 29

3.2.5. Kişilik İşlevi Düzeyi Ölçeği (KİD) 29

3.2.6. Hsata Sağlık Anketi (PHQ-SADS) 30

3.2.7. UKU (Udvalget for Kliniske Undersegelser) Yan Etki Değerlendirme Ölçeği 31

3.2.8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ-Multidimensional Scale of Perceived Social Support) 31

3.2.9. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi – AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) 32

3.2.10. Madde Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi-DUDIT(Drug Use Disorders Identification Test) 32

3.2.11. Bilgilendirilmiş Onam Formu 32

3.3. UYGULAMA 32

3.4. VERİLERİN ANALİZİ 33

4.BULGULAR 34

4.1. İKİ UÇLU I BOZUKLUK HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ 34

4.1. İKİ UÇLU I BOZUKLUK HASTALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ 35

4.3. İKİ UÇLU I BOZUKLUK HASTALARININ KİŞİLİK İŞLEVİ DÜZEYLERİ 36

4.4. KLINIK DEĞIŞKENLERIN IŞLEVSELLIK ILE ILIŞKISI 39

4.5. PSİKİYATRİK EŞ TANI VARLIĞI İLE İŞLEVSELLİK İLİŞKİSİ 43

4.6. ALKOL-MADDE KULANIM BOZUKLUĞU İLE İŞLEVSELLİK İLİŞKİSİ 46

4.7. MEDİKAL EŞ TANI VARLIĞI İLE İŞLEVSELLİK İLİŞKİSİ 48

4.8. İLAÇ YAN ETKİSİ VARLIĞI İLE İŞLEVSELLİK İLİŞKİSİ 50

4.9. TEDAVİ UYUMU İLE İŞLEVSELLİK İLİŞKİSİ 52

4.10. İNTİHAR DAVRANIŞI ÖYKÜSÜ İLE İŞLEVSELLİK İLİŞKİSİ 53

4.11. SOSYAL DESTEK İLE İŞLEVSELLİK İLİŞKİSİ 54

4.11. KİŞİLİK İŞLEVİ DÜZEYİ İLE İŞLEVSELLİK İLİŞKİSİ 56

4.12. KİŞİLİK İŞLEVİ DÜZEYİ BOYUTLARININ İŞLEVSELLİK ÜZERİNE YORDAYIICI ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 58

5. TARTIŞMA 64

6. SONUÇLAR 78

KAYNAKLAR 80

EKLER 94

KISALTMALAR

ACTH : Adrenokortikotropik hormon

Aİ : Arkadaşlarıyla ilişkiler

AUDIT : Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi

BBİÖ : Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği

İUB : İki Uçlu Bozukluk

İUB-I : İki Uçlu Bozukluk I

İUB-II : İki Uçlu Bozukluk II

Cİ : Cinsel işlevsellik

CNV : Kopya sayısı çeşitlemeleri(copy number variation)

CRH : Kortikotropin salgılatıcı hormon

DH : Damgalanma hissi

Dİ : Duygusal işlevsellik

DSM : Psikiyatride Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

DUDIT : Madde Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi

Eİİ : Ev içi ilişkiler

İGD : İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (Global Assesment of Functioning)

GEH : Günlük etkinlikler ve hobiler

HHB : Hipotalamus-hipofiz-böbreküstü bezi

İAPK : İnsiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme

İK : İçe kapanıklık

KÖTF : Kişilik Örgütlenmesi Tanı Formu

LFQ : Yaşamda İşlevsellik Anketi

KİD : Kişilik İşlevi Düzeyi Ölçeği

MDB : Major Depresif Bozukluk

ÇBASDÖ : Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

NİNO : Nesne İlişkileri Niteliği Ölçeği

PHQ-SADS : Hasta Sağlık Anketi

SF-36 : Short Form 36

SKIP-TURK : Duygudurum Bozuklukları Tanı ve İzlem formu

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TEK : Toplumsal etkinliklere katılım

TUİK : Türkiye İstatistik Kurumu

UKU : Udvalget for Kliniske Undersegelser Yan Etki Değerlendirme Ölçeği

YMDÖ : Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Zİ : Zihinsel işlevsellik

Q-LES-Q : Yaşam Kalitesi Haz ve Doyum Alma Anketi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutları 24

Tablo 2. İki Uçlu I Bozukluk Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri - I (n=100) 34

Tablo 3. İkiuçlu I Bozukluk Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri - II (n=100) 34

Tablo 4. İki Uçlu 1 Bozukluk Hastalarının Klinik Özellikleri İle İlgili Veriler - I 35

Tablo 5. İki uçlu 1 Bozukluk Hastalarının Klinik Özellikleri İle İlgili Veriler - II 36

Tablo 6. İki Uçlu 1 Bozukluk Hastalarının Kişilik İşlevi Düzeyleri 37

Tablo 7. İki Uçlu 1 Bozukluk Hastalarının İşlevsellik Düzeyleri 38

Tablo 8. İki Uçlu Hastaların Klinik Değişkenleri İle İşlevsellik Arasındaki İlişki - I (*n*=100) 39

Tablo 9. İki Uçlu Hastaların Klinik Değişkenleri İle İşlevsellik Arasındaki İlişki - II(*n*=100) 41

Tablo 10. İki Uçlu Hastalarda Ek Psikiyatrik Hastalık İle İşlevsellik Arasındaki İlişki-1 (*n*=100) 43

Tablo 11. İki Uçlu Hastalarda Ek Psikiyatrik Hastalık İle İşlevsellik Arasındaki İlişki - II (*n*=100) 44

Tablo 12. İki Uçlu Hastalarda Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu İle İşlevsellik Arasındaki İlişki (*n*=100) 46

Tablo 13. İki Uçlu Hastalarda Ek Medikal Hastalık İle İşlevsellik Arasındaki İlişki (*n*=100) 48

Tablo 14. İki Uçlu Hastalarda İlaç Yan Etkisi İle İşlevsellik Arasındaki İlişki (*n*=100) 50

Tablo 15. İki Uçlu Hastalarda Tedaviye Uyum İle İşlevsellik Arasındaki İlişki (*n*=100) 52

Tablo 16. İki Uçlu Hastalarda İntihar Girişimi Öyküsü İle İşlevsellik Arasındaki İlişki (*n*=100) 53

Tablo 17. İki Uçlu Hastalarda Algılanan Sosyal Destek İle İşlevsellik Arasındaki İlişki (*n*=100) 54

Tablo 18. İki Uçlu Hastalarda Kişilik İşlevi Düzeyi İle İşlevsellik Arasındaki İlişki (*n*=100) 56

Tablo 19. İki Uçlu Hastalarda Kişilik İşlevi Düzeyi İle İşlevsellik Arasındaki İlişki – II (*n*=100) 58

Tablo 20. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin BBİÖ Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 59

Tablo 21. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin Dİ Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 59

Tablo 22. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin Zi Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 60

Tablo 23. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin Cİ Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 60

Tablo 24. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin Dh Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 60

Tablo 25. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin İK Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 61

Tablo 26. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin Eİİ Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 61

Tablo 27. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin Aİ Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 61

Tablo 28. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin TEK Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 62

Tablo 29. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin GEH Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 62

Tablo 30. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin İAPK Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 62

Tablo 31. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin İs Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 63

Tablo 32. Kişilik Işlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin IGD Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları 63

İKİ UÇLU BOZUKLUK I HASTALARINDA KİŞİLİK İŞLEVİ DÜZEYİNİN İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİ

ÖZET

Giriş ve Amaç: İki Uçlu Bozukluk (İUB)' da sosyal, mesleki ve kişiler arası işlevselliğin, hastalığın tüm dönemlerinde etkilendiği bilinmektedir. Kişilik bozukluklarının veya özelliklerinin, IUB ile birlikteliğinin sık olduğunu göz önüne alırsak kişilik işlevinin bu hastalıktaki işlevselliğe ne düzeyde etkisinin bulunduğunu araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışma Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerine başvuran DSM IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uygulanarak İUB I tanısı konulmuş ve iyileşme döneminde gönüllü 100 hasta ile yapıldı. Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) ve Hasta Sağlık Anketi (PHQ-SADS) uygulanarak hem hastaların iyileşme döneminde oldukları doğrulandı hem de YMDÖ ölçeği ile kalıntı manik belirtiler, PHQ-SADS ölçeği ile somatik, anksiyete ve kalıntı depresif belirtiler incelendi. Bu kişilere sosyodemografik verileri ve klinik değişkenleri değerlendirmek amacı ile Duygudurum Bozuklukları Tanı ve İzlem Formu (SKIP-TURK) ayrıca psikiyatrik eştanı varlığını saptamak amacı ile Alkol Kullanım Bozukluklarını Tarama Testi (AUDİT), Madde Kullanım Bozukluklarını Tarama Testi (DUDİT) ve SCID-I uygulandı. İlaç yan etkilerini görmek amacı ile UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği hastadan edinilen bilgileri ile doldurduldu. Kişilik işlevi düzeyini değerlendirmek amacıyla hastalar ile Kernberg'in Yapısal Görüşme tekniğine dayanan psikodinamik yönelimli yarı yapılandırılmış görüşme yapılarak Kişilik İşlevi Düzeyi Ölçeği (KİD) işaretlendi.

Bulgular: İyileşme döneminde katılımcıların işlevselliğin birçok alanda sorun yaşadıkları bulunmuştur. Medikal eş tanı varlığı, intihar davranışı, klinik değişkenlerden dönem sayısı, hızlı döngülülük, psikotik özellikli dönem varlığı, karma dönem sayısı, hastaneye yatış sayısı ile işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,005$). Subsendromal depresif bulgular, psikiyatrik eş tanı varlığı,

alkol madde kullanım bozukluğu, ilaç yan etkisi, kötü sosyal destek ve bozuk kişilik işlevi düzeyi ile işlevsellik arasında ters yönde ilişki olduğu görülmüştür. Subsendromal manik belirtiler ile cinsel işlevsellik, insiyatif alma ve potansiyelin kullanma alanlarındaki işlevsellik arasında doğrusal ilişki; günlük etkinlikler ve hobiler aynı zamanda iş alanındaki işlevsellik arasında ters ilişki bulunmuştur. İyilik dönemindeki İUB-I hastaların kişilik işlevi düzeylerinde hafif-orta düzey arasında bozulma olduğu, özellikle kimlik boyutunda orta düzeyde bozulma olduğu görülmüştür. Ayrıca kişilik işlevi düzeylerindeki düşmenin bozulmuş işlevselliği yordadığı bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmada İUB hastalarının ötimik dönemde işlevsellik düzeylerinde bozulma olduğu görülmüştür. Özellikle geçirilmiş psikotik dönem varlığının, psikiyatrik eş tanı varlığının, alkol- madde kullanım bozukluğunun, sosyal desteğin, ilaç yan etkisinin ve son olarak da kişilik işlevi düzeyinin işlevsellik üzerindeki önemi görülmüştür. Bu nedenle İUB'de kişilik işlevi düzeylerinin değerlendirilmesi hastaların daha ayrıntılı bir şekilde anlaşılmasını sağlayacaktır hem de işlevselliği de içine alacak şekilde tedavi planının belirlenmesi konusunda yardımcı olacaktır.

EFFECT OF LEVEL OF PERSONALITY FUNCTIONING ON FUNCTIONING İN BİPOLAR I PATİENTS

ABSTRACT

Introduction and Objective: It is known social, occupational and interpersonal functioning is affected in all stages of Bipolar Disorder (BD). Considering frequent assosiacition with the BD and personality disorders or personality features, we aimed to investigate the effect of personality functioning level on psychosocial functioning in this disease.

Method: This study was carried out with 100 remission period patients diagnosed with Bipolar Disorder I according to DSM-IV Axis I Disorders Clinical Interview (SCID-I) in Erenkoy Psychiatric and Neurologic Disorder Hospital psychiatric outpatient clinics. Young Mania Rating Scale (YMRS) and Patient Health Questionnaire (PHQ-SADS) applied to patients both to comfirm their recovery periods and also residual manic symptoms evaluated with YMRS, residual somatic, anxiety and depressive symptoms evaluated with PHQ-SADS. To evaluate sociodemographic and clinical variables Mood Disorders Diagnosis and Follow-up Form (SKIP-TURK) also in order to detect the presence of psychiatric comorbidity Alcohol Use Disorders Screening Test (AUDIT), Substance Use Disorders Screening Test (DUDİT) and SCID-I was performed. İn order to see the side effects of the drugs UKU Side Effect Rating Scale has been filled with information from the patient. Level of Personality Functioning Scale has been marked with making semi-structured interview based on Kernberg's structural interview techniques in order to assess the level of personality functioning.

Results: We found that patients with BPD-I in clinical remission have impairment in many areas of functioning. There was no significant relationship between functioning and the presence of medical comorbidity, suicidal behavior, clinical variables that the number of epizodes, rapid cycling, the presence of psychotic episodes, number of mixed epizodes, the number of hospitalization ($p < 0.005$). There was negatively correlation between functioning and subsyndromal

depressive symptoms, the presence of psychiatric comorbidity, alcohol and substance use disorders, drug side effect, the poor social support and the distorted personality functioning level. Subsyndromal manic symptoms was correlated positively with sexual functioning, functionality in the areas of use of potential and to take the initiative; and negatively correlated with daily activities and hobbies also functionality in the business area. Mild to moderate impairment in the level of personality functioning and moderate level of impairment especially in the idantity dimension were observed in these patients. In addition, the decrease in level of personality functioning has been found as a predictor of impaired functioning.

Conclusion: In this study, a disruption in the level of functioning in euthymic BPD patients was found. In particular, the importance of the presence of previous psychotic episodes, psychiatric comorbidity, alcohol-substance use disorder comorbidity, social support level, drug side effects and finally the level of personality functioning on the functionality has been observed. Therefore, the assessment of level of personality functioning in BPD will provide more detailed understanding of patient and also will help to determine the treatment plan that include functionality.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

İki Uçlu Bozukluk (İUB), yaşam boyu devam eden belirgin hastalık dönemlerine ve hatta ölüme yol açan, yineleyici ve dönemsel bir hastalıktır. Özellikle ataklar sırasında hastalarda ciddi işlevsellik kaybına yol açar ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyada özürlülüğün önde gelen 10 nedeninden biri olarak kabul edilir. İUB'de, günümüzde klinik belirtilerin kapsamlı değerlendirilebilmesi, atak ve sürdürüm dönemlerinde etkili tedavi seçeneklerinin uygulanması ile birlikte, hastalığın takibinde işlevsellik ve yaşam kalitesi gibi ölçütler üzerinde daha ayrıntılı ve kapsamlı durulmaya başlanmıştır. Tam klinik iyileşmeye ulaşan hastaların, tam bir işlevsel iyileşme kurmakta ve hastalık öncesi işlevsellik düzeylerine dönmekte zorlandıkları görülmüştür (Sanches-Moreno ve ark. 2009, Gitlin ve ark. 1995, Keck ve ark. 1998). Manik veya depresif dönem sonrası klinik belirtiler kontrol altına alındığı zaman kişinin hastalanma öncesi işlevsellik düzeyine dönmesi beklenir; ancak yapılan çalışmalarda iyileşme dönemine giren hastalarda bile sosyal, mesleki, kişiler arası işlevsellikte bozulma olduğu bildirilmiştir (MacQueen ve ark. 2001, Goldberg ve ark. 1995, Coryell ve ark. 1993, Depp ve ark. 2006).

İUB'de işlevsellik düzeyini etkileyen etmenlere bakıldığında, hastalık başlangıç yaşı, dönemlerin sıklığı, subklinik belirtiler, hızlı döngülülük, psikotik ve karma döneme ait semptoların varlığı gibi klinik değişkenlerin işlevselliği olumsuz etkilemekte olduğu belirtilmiştir (Suppes ve ark. 2000, Goldberg ve Keck 1999). Rosa ve arkadaşları(2009) yaptıkları kesitsel bir çalışmada ötimik dönemdeki İUB'de, özellikle önceki geçirilmiş karma dönemlerin sayısının, mevcut subdepresif belirtilerin, önceki hastane yatış sayısının ve ileri yaşın işlevsellikteki bozulmayı yordayan en önemli etmenler olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bunun yanında psikiyatrik ve medikal eş tanı varlığı (Feinman ve Dunner 1996, Kupfer 2005), ilaç yan etkisi (Zarate ve ark. 2000), madde kötüye kullanımı eştanısı (McElroy ve ark 1992, Lish ve ark. 1994), intihar davranışı öyküsü (Hajek ve ark. 2005, Kilbourne ve ark. 2004), kişilik özellikleri (Hajek ve ark. 2005, Hecht ve ark. 2005), tedavi uyumu (Colom ve ark. 2000, 2003), yaşam olayları (Ellicot ve ark. 1990) ve sosyal destek (O'Connell

ve ark. 1985, Johnson ve ark. 2003, Cohen ve ark. 2004) gibi çevresel etmenler işlevselliği etkileyen diğer değişkenler arasında sayılmıştır.

İUB tanısı olan hastalarda kişilik bozukluğu yaygınlığını inceleyen pek çok çalışma bulunmaktadır ve kişilik özellikleri İUB'de işlevselliği etkileyen etmenler arasında sayılmaktadır. Üçok ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları bir çalışmada İUB tanısı olan hastaların % 47.7'sinde en az bir tane kişilik bozukluğu saptanmıştır ve bu kişilerde hastalığın gidişinin daha kötü olduğu belirtilmiş (Dunayevich ve ark. 2000). DSM 5 kişilik bozukluklarına genel anlamda birkaç önemli değişiklik ve yeni bir yaklaşım getirmiştir. Bu yeni yaklaşım işlevselliği oldukça önemli bir noktada tutmaktadır. DSM-5 Bölüm III'de tanıtılan yeni hibrid kişilik modeli, kişilik işlevi düzeylerini ve patolojik kişilik özelliklerinin beş geniş alanının değerlendirilmesini içermektedir.

İUB'de ötimik dönemde psikososyal işlevselliğin değerlendirilmesi, işlevsellik kusurunun yordayıcılarının saptanması; hastaların tedavi ve izlem programlarının belirlenmesinde ve psikososyal rehabilitasyonunun sağlanmasında önemli katkılar sağlayacaktır. İUB'de işlevselliği değerlendiren çalışmalara bakıldığında, işlevselliği İUB'ye özgü ölçekler ile değerlendiren çok az çalışma bulunmaktadır, bunun yanında özellikle kişilik işlevi düzeyinin İUB'de ötimik dönemde psikososyal işlevsellik üzerine olan etkisi henüz çalışılmamıştır. Bu çalışmada İUB'de ötimik dönemde klinik değişkenlerin ve kişilik işlevi düzeyinin işlevsellik üzerine olan etkilerini İUB'ye özgü ve pek çok alanda işlevselliği değerlendirebilen bir ölçek ile araştırmayı planladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İKİ UÇLU BOZUKLUK

2.1.1. Tanım

İUB, manik, depresif ya da her ikisini de kapsayan karma dönemlerle giden, belirgin hastalık dönemlerine ve hatta ölüme yol açan, yineleyici ve dönemsel bir hastalıktır. Atak dönemleri dışında eşik altı belirtili ya da belirtisiz iyileşme dönemleri bulunur. DSM-5'te, "ikiuçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar" başlığı altında iki uçlu I bozukluğu (İUB-I), iki uçlu II bozukluğu (İUB-II), siklotimi bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı, başka bir sağlık durumuna bağlı, tanımlanmış diğer ve tanımlanmamış iki uçlu ve ilişkili bozukluk yer almaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

Yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %1'dir (Öztürk 2008). Kadın ve erkeklerde eşit oranda görüldüğü kabul edilmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda kadınlarda erkeklere oranla hızlı döngülülüğün, karma dönemlerin, depresif dönemlerin, geç başlangıç yaşının, İUB II'nin, tiroid, bulimia ve travma sonrası stres bozukluğu eştanılarının daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Suominen ve ark. 2009). Genel nüfusda olduğu gibi, İUB'si olan erkekler kadınlardan daha fazla yaşam boyu alkolizm ölçütlerini karşılamaktadır, ancak, alkolizm görülme riski genel topluma kıyasla İUB'si olan erkeklere göre İUB'si olan kadınlarda daha fazladır (Frye ve ark. 2003). Irklar ve etnik gruplar arasında farklılık gösterilmeiştir.

İUB'nin başlangıcı genellikle ergenlik veya erken erişkinlik dönemidir, ancak çocukluk veya sonraki yetişkinlik gibi hayatın diğer dönemlerinde de ortaya çıkabilir (Lopez-Zubrano ve ark. 2015). Küçük bir grup hastada, hastalık belirtileri ileri yaşlarda ilk defa görülmeye başlamaktadır. Literatürde erken yaşta başlayan olguların birinci derece akrabalarında İUB'ye daha sık rastlandığı, hastalık gidişatının daha kötü olduğu, psikotik ve karma dönem görülme sıklığının daha fazla olduğu, koruma tedavisine daha az yanıt alındığı ile ilgili çalışmalar bildirilmiştir

(James ve Javaloyes 2001). İUB genetik, biyolojik ve psikososyal etiyoloji ile ilişkili yüksek ölüm oranı ve sağlık bakım masrafları olan bir hastalıktır (Keck 2002, Rihmer ve Angst, 2007, Akiskal 2007a) ve tüm hastaların %40'ının hayatları boyunca ondan fazla atak geçirdiği ve ortalama atak sayısının dokuz olduğu söylenmektedir (Sadock ve Sadock 1999).

İUB 1 çoğunlukla benlik saygısında abartılı artma ya da grandiozite, uyku gereksiniminde azalma, basınçlı konuşma, fikir uçuşmaları, distraktibilite (dikkatin çelinebilirliğinde artma), amaca yönelik etkinliklerde artma ya da psikomotor ajitasyon ve kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere katılma ile karakterize olan manik dönemlerin varlığı ile tanımlanır. Bu belirtilerin en az 1 hafta sürmesi ve işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açması tanı için gereklidir. Bu dönemlerin psikotik özellikli olabilir ve çoğunlukla depresif dönemler ile ardışıktır. İUB II ise, duygudurum yükselmelerinin sadece hipomani olarak görüldüğü durumlar olarak tanımlanabilir, psikotik bulgu hiçbir zaman eşlik etmez. Hastalığın en önemli belirleyicisi, çoğunlukla hastayı klinisyenle karşılaştıran tekrarlayıcı depresyonların olmasıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000).

İUB hastaları yaşamlarının büyük bir kısmını depresyonda geçirmekte ve iş, sosyal yaşam, hobiler, evlilik hayatlarında ciddi sorunlar yaşamaktadırlar. İUB 1'i olan kişilerin yüzde 47 si hastalık seyri boyunca semptomatik olarak kalmakta olup, bunların da %67 si depresif belirtilerden yakınmaktadır (Judd ve ark 2002). İki uçlu ve tek uçlu depresyon karşılaştırıldığı zaman aralarında birtakım farklılıkların olduğu izlenmektedir. İki uçlu depresyon, tek uçlu depresyon ile karşılaştırıldığında bu hastalarda daha fazla psikomotor retardasyon, dönemler arası belirti değişkenliği, dönem içinde duygudurumda oynaklık, total uyku süresinde artış, birden kapanma türü depresyonlar, postpartum dönemler, bölünmüş REM uykusu daha sık olarak görülmektedir. Diğer taraftan anksiyete, aşırı öfke dışavurumları, bedensel yakınmalar, psikomotor ajitasyon, ağrıya duyarlılık ve kilo yitiminin de unipolar depresyonlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Goodwin ve Jamison 1990, Vahip 2004). Ayrıca iki uçlu depresyon tedavisi, 1) antidepresan ilaçlara yanıt farklılığı, 2) duygudurum dengeleyicilerinin etkisi ve gerekliliği, 3) manik/hipomanik kayma

riski, 4) sürdürüm (continuation) fazının süresi olmak üzere başlıca dört yönden unipolar depresyon tedavisinden farklılaşmaktadır (Vahip 1999, Vahip 2000).

İUB'de hem mani hem de depresyon belirtilerinin eşzamanlı beraber görüldüğü karma dönem olarak tarif edilen duygudurum dönemleri bulunabilir. Karma dönem tanımı üzerine tam bir uzlaşma sağlanabilmiş değildir. Farklı gruplar mani sırasında bir ile üç arasında depresyon belirtisini karma dönem olarak kabul ederlerken (Swann ve ark. 2009, Perugi ve ark. 2001), DSM-IV ve ICD majör depresyon ve mani tanılarının birlikte konulabildiği dönemleri karma dönem olarak tanımlamıştır (Öztürk 2015). İUB'si olan hastaların % 25'e varan oranlarda hastalığın seyri sırasında en az bir kez karma dönem yaşadığı ifade edilmektedir (Marneros ve ark. 2004). DSM-5' de karma dönem tanısı kaldırılarak, yerine mani ve depresyon için ayrı ayrı karma özellikli belirleyicisi konmuştur. Karma özellikli belirleyicisi için karşıt uçtaki dönemin üç belirtisinin bulunması yeterli olacaktır, ancak belirlenen karşıt uç belirtilerinde bazı değişiklikler bulunmaktadır. Örneğin çabuk öfkelenme mani belirtilerinden, psikomotor ajitasyon da depresyon belirtilerinden çıkarılmıştır (Öztürk 2015).

Bir yıl içinde dört veya daha fazla manik, hipomanik ya da depresif dönem geçiren hastalar hızlı döngülü olarak tanımlanmıştır. Buradaki dört ayrı dönemden kastedilen ya en az sekiz haftalık tam iyilik dönemleri ile birbirinden ayrılan atakların olması ya da arada iyilik dönemi olmaksızın iki farklı uçtan atağın birbirini izleyerek yaşandığı iki tam döngüdür (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000). Yapılan çalışmaların meta-analizinde İUB için hızlı döngünün yaygınlığı % 16.3 (%12-24) olarak bulunmuştur (Kupka ve ark. 2003).

2.1.2. Tarihçe

İUB, çok eski çağlardan itibaren tanımlanmaya çalışılan bir hastalıktır, mani ve depresyon kavramlarının tarihçesi antik Yunan ve Roma dönemlerine kadar uzanmaktadır. Hipokrat (MÖ 450'lerde) melankoliyi ''kara safra'' ile ilişkilendirmiş ve ''iştahsızlık, ümitsizlik, uykusuzluk, çabuk sinirlenme ve huzursuzluk'' hali olarak tanımlamıştır (Sadock ve Sadock 2005). Hipokrat insanın duygudurumu ile

beden sıvıları arasında bağlantı kurmuş, hafif kanlı mizaç, ağırkanlı mizaç, kara sevdalı mizaç ve sinirli mizaç olarak birbirinden farklı mizaç türleri tanımlamıştır (Köknel 2000).

MS 2.yy. da Kapadokya'lı Aretaeus, mani ve melankolinin aynı hastalığın iki farklı durumu olduğunu belirtmiştir ve bu görüş bugünkü bipolarite kavramının temellerini atmıştır. Öforik maniyi çağdaş psikiyatride bildiğimiz hali ila tanımlayan da odur. Aretaeus "Kara safranın mide ve diyaframa doğru yukarı çıktığı saptanırsa melankoli oluşur…. Çılgın kimselerde zihin bazen öfkeye, bazen neşeye dönerken melankoliklerde sadece hüzün ve kedere gider….. Ateş olmadan görülen bir ruhsal hastalıktır ve kanımca melankoli, maninin başlangıcı ve bir parçasıdır." demiştir. Maniyi de kendilerinin "aşırı faaliyete, ayyaşlığa ve şehvete" vermiş, taşkın bir yaşam sürdüren ergen ve genç erkeklerin hastalığı olarak tanımlamıştır. Aretaeus'a göre hastalık genellikle baharda şiddetleniyordu (Akiskal 2002).

On dokuzuncu yüzyılda, hastanede yatan hastalarla ilgili gözlemler ve hastaların boyutsal olarak incelenmesi sonucunda bazı psikiyatrik durumların diğerlerinden farklı olarak dönemsel olarak ortaya çıktıkları ve kendiliğinden düzelme gösterdikleri izlenmiştir. 1840'ta Jean-Philippe Esquirol, pek çok depresyon türünün ve bağlantılı paranoid psikozların temelinde birincil olarak bir duygudurum bozukluğu olduğunu söyleyerek duygudurum bozukluklarını kronik akıl hastalıkları sınıflamasının dışına taşımıştır (Sadock ve Sadock 2005).

19. yüzyılın ortalarında Jean Pierre Falret, kronik akıl hastalıklarından farklı bir görünüm olarak kendisinin folie circularé-sirküler delilik adını verdiği hastalığı tanımlamıştır. Bu tanıma göre hastalık, bir döngü halinde mani, depresyon ve hastalıksız dönemleri içermekteydi. Ardından Jules Baillarger ise folié double formé-iki biçimli delilik kavramını kullanmıştır. Folié circulare-sirküler delilik kavramı daha sonra bilimsel dünyada geniş oranda kabul görmüştür.

Kraepelin 1896 yılında sosyal ve psikolojik etmenlere görece ilişkisiz duygu durum dalgalanmaları ile giden 'manik depresyonu' tanımlamıştır. Ona göre depresyon kişide çoğunlukla doğuştan var olan biyolojik bir zeminle ilgilidir ve manik depresif belirtiler aynı rahatsızlığın iki karşıt görünümüdür (Işık 2013).

1930'larda Bleuler, depresif ve manik sendromları "afektif bozukluklar" başlığı altında bir araya toplamıştır (Işık 2003). 1957'de Leonhard hastalık dönemlerinin özelliklerine göre tek ve iki uçlu (unipolar, bipolar) ayrımını yaparak duygulanım bozukluklarına yeni bir sınıflandırma önermiştir (Öztürk 2015). Lityumun 1960'lı yıllarda kullanıma girmesi ile İUB ile ilgili yapılan araştırmalar artmış ve o yıllardan itibaren ''Duygulanım Bozukluğu'' tanımı kabul görmeye başlamıştır.

1980'de DSM-III sınıflandırmasının kullanıma girmesiyle birlikte, "afektif bozukluklar" tanımı kabul edilmiştir. Afektif bozukluklar içinde temel ayırım, İUB ile MDB (Majör depresif bozukluk) arasında yapılmıştır (Işık 2013). Mani döneminin olup olmaması önemli bir belirteç olarak görülmüştür. Geçirilmiş mani dönemi varsa tanı iki uçlu bozukluk, yoksa tek uçlu bozukluk olarak konmuştur. DSM-IV (1994) sınıflandırması ile birlikte iki uçlu bozukluk; iki uçlu I bozukluk, iki uçlu II bozukluk, siklotimi ve başka türlü adlandırılamayan iki uçlu bozukluk olarak dörde ayrılmıştır ayrıca karma ve hipomanik dönemler için de ayrı ölçütleri getirilmiştir. (Işık 2013)

DSM-5 ile beraber "Duygudurum Bozuklukları '' başlığı kaldırılarak onun yerine "İkiuçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar" ve "Depresyon Bozuklukları" biçiminde iki ayrı bölüm konulmuştur. Ayrıca ''İki Uçlu 1 Bozukluk-Şimdiki dönem karma'' tanısı kaldırılarak onun yerine ataklar için ''Karma Özellik'' belirteci getirilmiştir.

2.1.3. Etiyoloji

2.1.3.1. Monoamin Hipotezi

İUB etyolojisi kesin olarak gösterilmemesine rağmen biyolojik ve psikososyal etkenlerin etkileşim halinde hastalığa neden olduğu bilinmektedir. Biyojenik aminlerden olan noradrenalin ve serotonin duygudurum bozukluklarının patofizyolojisiyle en çok ilişkili bulunan nörotransmitterlerdir. İUB'de araştırmacıların çoğu monoaminerjik sistemde, özellikle de noradrenerjik sistemde

artış olduğunu ileri sürmektedir. Manik dönem sırasında noradrenalin metaboliti olan metoksihidroksi fenil glikolün plazmada arttığı bilinmektedir. Sinaptik aralıkta katekolamin miktarını artıran uyaranlar ya da trisiklik antidepresanlar manik nöbetlere neden olabilmektedir (Sadock ve Sadock 2005). Bunun yanında adrenerjik-kolinerjik sistem arasındaki denge bozukluğu üzerinde de durulmuş ve kolinerjik yetersizliğin maniyi ortaya çıkarabilecek önemli bir etken olabileceği öne sürülmüştür (Işık 2013).

İUB'nin etyopatogenezinde serotonin metabolizmasının da üzerinde durulmaktadır. Serotoninin öncülü olan L-triptofanın, yüksek dozlarda mani benzeri tablo oluşturduğu, triptaofan eksikliğinin ise özellikle daha önce depresif bozukluk geçirmiş hastalarda depresif belirtilere neden olduğu belirtilmiştir (Işık 2013).

İki uçlu bozukluk patofizyolojisinde, norepinefrin (NE), serotonin (5-HT) dışında dopaminerjik sistem, kolinerjik sistem, GABA ve glutamat seviyeleri ile ilgili varsayımlar hakkında çalışmalar yapılmıştır.

2.1.3.2. Genetik Etmenler

İUB'de genetik geçişin önemi yapılan çalışmalar sonucunda ortaya konmuştur. İUB hastalarının birinci derece akrabalarında İUB riski %3-8 olarak bulunmuştur, bu bize hastalığın ailesel olduğunu düşündürmektedir. Duygudurum bozuklukları için monozigot ikizlerde hastalığın beraber ortaya çıkma riski dizigotlar ile karşılaştırıldığında 3,5 kat fazla bulunmuştur (Yazıcı 2007).

Evlatlık çalışmalarında, evlatlık verilen çocuğun biyolojik ebeveynlerinde afektif bozukluk görülme sıklığı evlat edinen ebeveynlere göre daha fazla bulunmuştur. Yapılan aile çalışmalarında unipolar depresyonu olan bireylerin ailelerinde İUB gelişme riskinin normal topluma göre 10 kat daha yüksek olduğu görülmüştür (Işık ve ark. 2013).

Duygudurum bozukluklarındaki gen anormalliklerinin tanımlanmasındaki sorunlar şizofrenideki ile aynıdır. Şizofrenide olduğu gibi duygudurum bozukluklarında özellikle İUB'de genetik risk ve çevresel stresörlerin kesişimi aynı

genel paradigma olarak düşünülür. Duygudurum ağını düzenleyen birkaç anahtar genin hepsi beklendiği üzere trimonoamin nörotransmitter sistemi ile birleşir ve bu genlerin nörogelişimi, sinaptik plastisiteyi, nöronal bağlantıyı ve nöronal bilgi işleme etkinliğini nasıl etkilediği günümüzde yoğun olarak araştırılmaktadır (Stahl MS, 2010).

İUB'de çeşitli kromozom yerleşimlerine bağlantı (linkage) gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır ve bu çalışmalar genel olarak hastalığın genetiğinde büyük etkisi olan bir kromozom yerleşiminden söz etmenin mümkün olmadığını göstermektedir. Birbiriyle bağlantısız hasta ve kontrollerin karşılaştırıldığı ilişkilendirme (association) çalışmaları hastalığın gelişmesinden sorumlu tutulabilecek aday genleri incelenmiş, serotonerjik ve monoaminerjik dizgelerde yer alan birçok genin incelendiği bu çalışmalardan yeterli sonuç sağlanamamıştır (Öztürk 2015).

Son yıllarda kopya sayısı çeşitlemeleri(copy number variation/CNV) şizofreni ve otizmin ardından İUB'de de çalışılmaya başlanmıştır (Öztürk 2015). Yapılan incelemelerde, mevcut verilerin bir araya getirilmesi ile çeşitli bozukluklar ile ilgili desteklerin olduğu belirli lokusların CNV oranları bildirilmiştir (zihinsel engellilik, gelişime geriliği, otizm spektrum bozukluğu, şizofreni, iki uçlu bozukluk ve tekrarlayan depresyon). Her lokustaki CNV'nin oluşumu İUB ve tekrarlayan depresyon için birleştirilerek rapor edilmiş ve dört lokusta CNV'de artış olduğu izlenmiştir; 3q29 ve 22q11.21 de silinmeler (deletion), 1q21.1 ve 16p11.2 de yinelemeler (duplication). Sadece İUB için bu lokuslardaki CNV'nin insidansı ayrı olarak rapor edilmeiştir (Malhotra ve Sebat 2012). Green ve ark (2015) İUB veri kümesinde CNV analizini gerçekleştirdikleri ve CNV yükünü hem şizofren hastalar hem de kontrol grubu ile karşılaştırdıkları çalışmada önceki verilere benzer şekilde, özellikle büyük silinmeler için CNV oluşum bakımından şizofreni ve İUB arasında önemli bir fark olduğunu belirtmişlerdir. İUB'de şizofreni ile karşılaştırıldığı zaman daha düşük sayıda CNV olmasının, bilişsel yetilerdeki bozulmanın daha az ve daha iyi işlev düzeyine sahip olmayı açıklayabileceği öne sürülmektedir (Craddock ve Sklar 2013).

2.1.3.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Son yıllarda teknolojideki gelişmeler ile beraber depresyon ve manide nörogörüntüleme alanında yapılan araştırmalar artmıştır. Nörogörüntüleme konusunda duygudurum bozukluklarına bakıldığında, depresyonda bilişsel belirtiler ile ilişkili olan dorsolateral prefrontal korteks aktivitesinde azalma, emosyonel belirtileri ile ilgili amigdala, ventromedial prefrontal korteks aktivitesinde artışı olduğuna dair genel bir kanı bulunmaktadır. Manik hastalar da ise orbitofrontal korteks görüntülemesi onlardan bir cevabın inhibisyonunun beklendiği bir testte; mani ile ve spesifik beyin bölgesi ile ilişkili dürtüsellik ile birlikte olan sorunları akla getirecek şekilde, beynin bu bölgesini uygun şekilde aktive etmekteki başarısızlıklarını göstermiştir (Stahl MS, 2010).

İUB'de ventriküllerin çevresinde bulunan beyaz cevher ve subkortikal bölgedeki gri cevherde subkortikal lökoensefalopati olarak bilinen hiperintens lezyonlar bulunmaktadır ve bu lezyonların duygudurumu düzenleyen beyin bölgeleri arasındaki bağlantıyı bozduğu düşünülmektedir. Ancak bu lezyonların İUB'ye özgü olmadığı ve hastalık tanısından çok, yaş ve hastalık şiddeti ile ilişkili olduğunu düşünülmektedir (Brambilla ve ark. 2005).

2.1.3.4. Kindling (Tutuşma) Modeli

Bu modelde ilk manik ya da depresif atağın stresli herhangi bir yaşam olaylı ile tetiklendiği ve sonraki atakların da kişinin beyninde birtakım biyokimyasal değişikliklere yol açtığı söylenmiştir. Bu değişiklikler hastalardaki duyarlılığı artırarak onları diğer stresör etkenlere yatkın hale getirir ve bu duyarlılaşma süreci, bir dış stresör olmadan da hastalık dönemlerinin kendiliğinden oluşmasına kadar devam eder. İşte bu durum hastalığın ilerlemesine paralel olarak ataklardaki sıklığın da artmasını açıklayabilir (Ghaemi ve ark. 1999).

2.1.3.5. Nöroendokrin Değişiklikler

İUB'de endokrin dizge çalışmalarında yoğunlukla hipotalamus-hipofiz-böbreküstü bezi (HHB) ekseni üzerinde durulmuştur.

İUB'si olan hastalarda kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH)' a verilen adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve kortizol yanıtlarında düzensizlik izlenmiştir. Ayrıca iki uçlu ve tek uçlu hastalarda deksametazon ile kortizol supresyonun olmaması problemin glukokortikoid reseptörleri kaynaklı olabileceğine işaret etmektedir. Manik hastalarda CRH ya ACTH yanıtının kontrollere göre artmış olarak bulunmuştur, bu artış belirtiler ortaya çıkmadan önce görülebilmektedir ve bu bulgunun yatkınlık ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Öztürk 2015).

2.3.1.6. Psikodinamik Kuram

Üzüntü, benliğin (egonun) acıya ve ıstıraba emosyonel yanıtıdır; kayıp ya da mahrumiyet yaşantısı ya da düşlemi bu yanıtı uyandırır (Vahip 2008). Kayıp yaşantıları her zaman üzüntü uyandırmaz, aynı zamanda hiddet ve düşmanca tepkileri de tetikleyebilir. Eğer bu hiddet, kendilik tasarımına yöneltilirse ve sonra bir duygudurum haline dönüşürse, depresyon ile karşı karşıya kalırız. Bir depresyonun temel öğeleri kendine yöneltilmiş saldırganlık ve bunun yol açtığı duygudurum halidir (Vahip 2008).

Depresyonun fenomenolojisinde büyük ya da küçük bir benlik değeri yitimi ön plandadır (Fenichel 1974). Bütün manik fenomenlerin temelinde ise kendine güvenin ölçüsüz bir artışı söz konusudur. İnnhibisyonlar kalkar ve bütün etkinlikler artar. Obje açlığı içindedir; bu açlık objeler tarafından desteklenmek ya da korunmak gereksinimlerinden değil, kendi olanaklarını göstermek ve inhibisyondan çıkmış deşarj arayan dürtülerden kurtulmak istedikleri içindir. Hasta kendisini bağlarından kurtulmuş hisseder, serbest kalan dürtüler gibi, o zamana dek bu dürtülerin dizginlenmesi için harcanan çabalara bağlanmış olan enerjiler de şimdi serbestçe dalgalanmakta ve herhengi bir deşarj olanağından yararlanmaktadır (Fenichel 1974).

Freud, manik durumda ego ile süperego arasındaki ayrımın yitmiş gibi göründüğünü söylemiştir. Melankolide ego' nun tamamen güçsüz ve süperegonun omnipoten olmasına karşılık, manide ego omnipotensi yeniden kazanır, bunu ya süperegoya karşı zafer kazanarak ya da onun paylaşarak yapar (Fenichel 1974).

2.1.4. Tanı

1980'de DSM-III sınıflandırmasının kullanıma girmesiyle birlikte, afektif bozukluklar" tanımı kabul edilmiş ve afektif bozukluklar içinde temel ayırım, İUB ile MDB arasında yapılmıştır (Işık 2013). 1987 yılında DSM-III-R sınıflandırması ile "duygudurum bozuklukları" tanımı tercih edilmiştir bunun sebebi ise, duygudurum kavramın sadece şimdiki durum ile sınırlı kalmaması, sürekli bir emosyonel durumu tanımlamasıdır (Işık 2013). 1994 yılında DSM-IV sınıflandırmasında iki uçlu bozukluk, iki uçlu-I, iki uçlu-II, siklotimi ve başka türlü adlandırılamayan şeklinde dörde ayrılmıştır ayrıca DSM-IV antidepresan tedavinin yol açtığı manik nöbetleri "maddenin neden olduğu manik dönem" tanımı altında ayrıca ele almış ve mikst ve hipomanik dönmeler için de ayrı ölçütleri getirilmiştir. (Işık 2013)

DSM 5 ile beraber "Duygudurum Bozuklukları" başlığı, 'iki uçlu ve ilişkili bozukluklar' ve 'depresif bozukluklar' olarak ikiye ayrılmıştır. Duygudurum Bozuklukları Çalışma Grubu hem mani hem de hipomani için A Ölçütlerine "sürekli artan amaca yönelik etkinlik veya enerji" ifadesini eklemiştir. Çalışma grubu ayrıca, eşzamanlı olarak mani ve major depresif atak ölçütlerini karşılaması gereken İUB I, karma tip tanısını kaldırmayı önermiş ve yerine, depresif özellikler mevcut olduğunda mani veya hipomani için uygulanabilir "karışık özellikler" belirteci eklemiştir (Black ve Grant 2013). Başka bir değişiklik olarak eğer bir mani veya hipomani atağı antidepresan tedavi (ilaç ve ya elektrokonvulsif tedavi) döneminde ortaya çıkmışsa ancak bu tablo tedavinin fizyolojik etkisi ötesinde tam sendromal düzeyde devam ederse artık İUB tanısı için yeterli delil olarak kabul edilebileceği bildirilmiştit (Black ve Grant 2013). Buna ek olarak, bir ilaç veya maddenin etkisinin ötesinde devam eden, madde ile tetiklenen durumlar şimdi İUB tanısı almaktadır.

DSM 5’ te İUB tanısı yazılırken o sıradaki ya da en son dönem için belirtilecek aşağıdaki belirleyiciler tanımlanmıştır:

- Bunaltlı sıkıntılı
- Karma özellikler gösteren
- Melankoli özellikleri gösteren
- Atipik özellikler gösteren
- Duygudurum ile uyumlu psikoz özellikleri gösteren
- Duygudurum ile uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren
- Katatoni ile giden
- Doğum zamanı(peripartum) başlayan
- Mevsimsel örüntü gösteren

2.1.5. Klinik özellikler

Depresyon, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı bir duygudurum ile birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli sendromdur (Öztürk 2015).

Mani, depresyon durumunun tam tersi, aşırı neşeli, bazen de öfkeli, coşkulu bir duygudurum içinde düşünce, konuşma, devinimde hızlanma, benlik kabarması, aşırı güçlülük, büyüklük duyguları ve sanrıları ile belirli genel bir kabarma, taşkınlık, coşma ile giden bir duygudurum bozukluğu dönemidir (Öztürk 2015). Bir mani döneminde en sık görülen ana belirti ve bulgular; aşırı neşeli, coşkulu, taşkın ya da öfkeli duygudurum, kendine güvenin artması, büyüklük düşünceleri, uyku gereksiniminin azalması, aşırı konuşkanlık, basınçlı konuşma, düşüncelerin hızlanması ve fikir uçuşması, dikkat dağınıklığı, amaçlı devinimlerde hızlanma, zevk veren uğraşlarda aşırı ilgidir (Öztürk 2015). Hastaneye yatırılacak derecede ağır, aşırı

bir taşkınlığın olmaması, hastanın uyumunun çok bozulmaması durumu is hipomani olarak bilinir (Öztürk 2015).

Akiskal, İUB'nin üç farklı şekilde başlayabileceğini belirtmiştir. Birincisinde birkaç hafta veya birkaç ay süren hafif depresif dönemin arkasından manik kayma olur. İkinci tipte şiddetli bir manik dönemle hastalık ortaya çıkar ve bu manik dönem sırasında psikotik özelliklere sık rastlanır. Üçüncü tipte ise, ilk manik dönemden önce birkaç depresif dönem görülmektedir. Ayrıca ayrıntılı bir öykü ile manik dönem öncesinde en az birkaç yıldır süren hipertimik veya siklotimik özellikler saptanabilir (Akiskal 2007b).

İUB hastalarının %10-20'si depresif dönem olmaksızın sadece manik dönem yaşarlar. Manik dönemler tipik olarak hızlı başlar ve tedavi edilmemiş manik dönem yaklaşık 3 ay sürer. Depresif dönemlerin genellikle 2 ila 5 ay arasında sürdüğü söylenebilir, karma dönemler ise 5 aydan bir yıla kadar uzayan süreleri ile en uzun süren dönemlerdir. Bozukluk ilerledikçe dönemler arasındaki süre sıklıkla kısalır. (Akiskal 2007b).

2.1.6. İki Uçlu Bozuklukta İşlevsellik

İşlevsellik çalışabilme, mesleğini sürdürebilme, özerk yaşayabilme, kişiler arası ilişkileri ve boş zaman etkinliklerini geliştirebilme gibi farklı alanları kapsayan karmaşık bir kavramdır (Zarate ve ark. 2000). Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı tam fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlar ve İUB'yi dünyada özürlülüğün önde gelen 10 nedeninden biri olarak kabul eder.

İUB hastaları hayatlarının neredeyse yarısını belirtiler ile geçirirler ve bu belirtilere baktığımız zaman depresyon oranı mani ile karşılaştırıldığı zaman üç kat daha sıktır (Post ve ark. 2003). İlk manik veya karma dönem sonrası hastalığın 2-4 yıl süreli izlendiği uzun süreli gözlem çalışmasında hastaların ancak % 2 sinin sendromal iyileşme yaşadığı, % 28'inin semptomatik kaldığı; sadece % 43'ünün fonksiyonel iyileşme elde ettiği ve % 57'sinin yeni hastalık dönemi yaşadığı rapor edilmiştir (Tohen ve ark. 2003). Kişinin manik veya depresif dönem sırasında

işlevselliğinde bozulma olduğu izlenir ve hastalık dönemi sonrası klinik belirtiler kontrol alındığı zaman premorbid işlevsellik düzeyine dönmesi beklenir; ancak yapılan çalışmalarda iyileşme dönemine giren hastalarda bile sosyal, mesleki, kişiler arası işlevsellikte bozulma olduğu bildirilmiştir (MacQueen ve ark. 2001, Goldberg ve ark. 1995, Coryell ve ark 1993). İlk atak psikotik mani dönemi sonrası hastaların takip edildiği 12 aylık bir izlem çalışmasında hastaların yaklaşık 2/3 ünün önceki işlevsellik düzeyine dönemedikleri görülmüştür (Conus ve ark. 2006).

Literatüde İUB hastalarında tamamen düzelme sağlansa bile sosyal işlevsellikte bozulma olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur (Tohen ve ark. 2000, Strakowski ve ark. 1998). Sağlıklı kişiler ile karşılaştırıldığı zaman İUB hastalarının daha az sosyal etkileşim içinde oldukları ve daha küçük sosyal ağlarının olduğu (Bauwens ve ark. 1998), normal kişilere göre arkadaşları ile daha az ilişki içinde oldukları görülmüştür (Bauwens ve ark 1991, 1998, Shapira ve ark. 1999). İUB hastalarında genel nüfusa oranla evlilik ve eşdeğer ilişkilere sahip olma olasılıklarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (Judd ve Akiskal 2003). Dickerson ve ark. İUB'si olan kişilerde sosyal işlevsellik alanında görülen bozuklukların şizofreni hastalarındaki bozukluğa tip ve şiddet olarak benzer olduğunu göstermiştir. Bunun yanında kötü sosyal işlevselliğin daha çok depresif belirtilere yol açabileceği belirtilmiştir (Altshuler ve ark. 2002). Bu bakımdan, kötü sosyal işlevselliğin daha kısa bir süre içinde ortaya çıkan relapsı yordadığı öne sürülmüştür (Gitlin ve ark. 1995). Bu nedenle sosyal işlevsellik ve kalıntı depresif belirtiler arasındaki neden-sonuç ilişkisi tam olarak anlaşılamamıştır, bu durum bir kısır döngü gibi görülmektedir.

Sosyal alan yanında İUB hastalarında mesleki işlevsellikte bozulma da görülmektedir. İUB'si olan nüfusun % 50'den daha azı aktif bir işe sahip olarak rapor edilmiş ve istatistiklerin temin edilebildiği her ülkede, İUB grubunda (yaş aralığı: 46-58) işsizlik yüzdesi anlamlı olarak ortalama işsizlik seviyesinin üstünde bildirilmiştir. Aynı zamanda aynı eğitim düzeyine sahip nüfus yüzdesi için Avrupa ortalamasının üzerinde bulunmuştur (Sanches-Moreno ve ark. 2009). Mesleki işlevsellikte bozulma, mesleki rol performansında düşüklük ve düşük çalışma verimliliği ile ilişkilidir ve temelde bir kişinin çalışabilme yeteneğinde bozulma anlamına gelir. İki

uçlu hastalar mesleki alanda, değişen seviyelerde işlevsellik kaybı yaşamakta ve iş ile ilgili zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Hastaların en sık yaşadığı zorluklar, iş alanında süreklilik eksikliği, iş kaybı, işyerinde hastalık yönetim stratejileri, stigmatizasyon ve iş hayatında insan ilişkilerinde yaşanan problemler ile ilgili bulunmuştur (Michalak ve ark. 2007). Hastalığın ilerlemesi nedeniyle, çok sayıda İUB hastasının önceki işine geri dönemediği ve daha düşük kapasiteler gerektiren diğer işlere adapte olmak zorunda kaldığı bilinmektedir (örneğin resepsiyonist olarak çalışan bir ekonomist) (Sanches-Moreno ve ark. 2009). Sosyal işlevsellikte olduğu gibi, kötü mesleki işlevselliğin de daha kısa sürede ortaya çıkan relapsa neden olabildiği belirtilmiştir (Gitlin ve ark. 1995).

Yapılan çalışmalarda psikiyatrik hastalığı olan kişilerin problem çözebilme, iletişim, duygularını ifade edebilme ve uygun duygusal yanıt verebilme, rol dağılımı gibi aile hayatları için önemli olacak alanlarda işlevsellik bozukluğu olduğu görülmüştür. Birinci basamak uygulamalarında, İUB tanısı olan hastaların aile hayatlarında artan bozulma olduğu rapor edilmiştir (Das ve ark. 2005). Bu bozulmanın nedeni olarak hastaların bakımı nedeni ile ortaya çıkan aile yükün altı çizilmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda, aile yükünün İUB'de işlevselliği yönlendirebileceği rapor edilmiştir (Perlick ve ark. 2001, Reinares ve ark. 2006). Dikkate alınacak önemli bir nokta; hastalık, aile üzerine önemli bir yük getirir ancak bir diğer taraftan yakın aile üyelerinin tutumları ve destekleri, bunun yanında sosyal tutumlar İUB'de işlevsellik üzerine kolaylaştırıcı veya engelleyici olarak hareket edebilir (Sanches-Moreno ve ark. 2007).

İUB'de işlevsellik düzeyini etkileyen etmenlere bakıldığında, hastalık başlangıç yaşı, hastalık dönemlerinin sıklığı, subklinik belirtiler, hızlı döngülülük, psikotik ve karma döneme ait semptoların varlığı gibi klinik değişkenlerin işlevselliği olumsuz etkilemekte olduğu belirtilmiştir (Suppes ve ark. 2000, Goldberg ve Keck 1999). Prospektif 12 yıllık bir izlem çalışması İUB hastalarının yaşamlarının %50 sini özellikle subsendromal depresyon belirgin olmak üzere semptomatik olarak geçirdiklerini göstermiştir (Judd ve ark. 2002). Özellikle depresif belirtiler olmak üzere subsendromal belirtilerin hem sosyal hem de mesleki işlevsellikte bozulma ile doğrusal ilişkili olduğu bildirilmiştir (Sanches-Moreno ve ark. 2009). Bonnin ve

arkadaşlarının (2009) İUB I ve II tanı ölçütlerini karşılayan 32 hasta ile yaptıkları dört yıllık izlem çalışmasında eşik altı depresif belirtilerin, verbal hafıza ve yürütücü işlevler ile ilgili nörokognitif bozulma ile beraber uzun süreli işlevselliği yordayan en belirgin değişkenler olduğunu bildirilmiştir. Rosa ve arkadaşları (2009) yaptıkları kesitsel bir çalışmada ötimik dönemdeki İUB hastalarında, özellikle geçirilmiş önceki karma dönmlerin sayısının, mevcut subdepresif belirtilerin, önceki hastane yatışlarının sayısı ve ileri yaşın işlevsellikteki bozulmayı yordayan en önemli etmenler olduğunu ileri sürmüştür. Rosa ve arkadaşları (2012) tek bir atak ve birden fazla atak geçirmiş olan İUB hastalarını karşılaştırdığı 1 yıllık izlem çalışmasında tek atak geçirmiş olan hastaların özerklik, meslek, biliş, kişilerarası ilişkiler gibi alanlarda işlevselliklerinin daha iyi olduğu bulmuşlar ve duygudurum ataklarının toksik etkilerinin psikososyal işlevselliğin birden fazla alanında sürekli bozulmaya neden olabildiği belirtilmiştirlerdir.

İUB'de ilk hastalık başlangıcı genelde yirmili yaşların başlarıdır. Çocukluk çağı İUB'si ilk tedaviye başlamadaki gecikme ile beraber kötü prognoza sahiptir ve çocukluk ya da ergenlik başlangıcı olan hastaların daha fazla hastalık dönemi geçirdikleri, eştanı ve hızlı döngülülük sıklığının daha fazla olduğu, daha şiddetli mani ve depresyon dönemleri geçirdikleri ve belirtisiz geçen gün sayılarının daha az olduğu rapor edilmiştir (Leverich ve ark. 2007)

Bunun yanında psikiyatrik ve medikal eş tanı varlığı (Feinmann ve Dunner 1996, Kupfer 2005), ilaç yan etkisi (Zarate ve ark. 2000), madde kötüye kullanımı eştanısı (McElroy ve ark. 1992, Lish ve ark. 1994), intihar davranışı öyküsü (Hajek ve ark. 2005, Kilbourne ve ark. 2004), kişilik özellikleri (Hajek ve ark. 2005, Hecht ve ark. 2005), tedavi uyumu (Colom ve ark. 2000, 2003), yaşam olayları (Ellicott ve ark. 1990) ve sosyal destek (O'Connell ve ark.1985, Johnson ve ark. 2003, Cohen ve ark. 2004) gibi çevresel etmenler işlevselliği etkileyen diğer değişkenler arasında sayılmıştır. Aydemir ve arkadaşlarının (2014) İUB'de kullanılan ilaçların psikososyal işlevsellik üzerine olan etkisini araştırdıkları çalışmada sadece duygudurum dengeleyici ve duygudurum dengeleyici ile beraber ikinci kuşak antipsikotik ilaçları kullanan hastalar karşılaştırılmıştır ve tedavide bulundurulan ikinci kuşak

antipsikotik ilaçların psikososyal işlevsellik üzerine olumsuz etkisi bulunduğu bildirilmiştir.

2.1.7. İki Uçlu Bozuklukta İşlevselliğin Değerlendirilmesi

İUB'de işlevselliğin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmalarda değişik ölçekler kullanılmıştır. DSM Eksen V'te yer alan İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (IGD) genel işlevselliği yalnızca bir boyutta değerlendirme sağlar. Ancak, özellikle İUB'si olan hastalarda, bir alanda sorun ya da bozulma olabilirken, diğer alanlar tamamen sağlam kalabilmektedir (Aydemir ve ark. 2007). Aslında, genel işlevsellik ekseninin içeriği ve yapısı çeşitli alanları kapsamalıdır. İşlevselliğin değerlendirilmesinde sosyal alan bulunmaktadır ve ailesel, mesleki, kişiler arası ilişkileri içerir; ruhsal alan ise zihinsel, cinsel, duygusal işlevsellik gibi alanlardan oluşur (Aydemir ve ark. 2007). Diğer yandan, damgalanma İUB hastalarının işlevselliğinde önemli bir sorun oluşturmaktadır (Aydemir 2004). İUB'de işlevsellik ve yaşam kalitesi çalışmalarında, ya SF-36 gibi sık kullanılan ama özgül olmayan ölçekler ya da Q-LES-Q veya LFQ gibi duygudurum bozukluklarına özgü olarak geliştirilmiş yaygın olmayan araçlar seçilmektedir (Aydemir ve ark. 2007). Dean ve arkadaşları(2004) İUB'de psikososyal işlevsellik düzeyini belirlemede kullanılan ölçeklerin çoğunlukla klinisyenlerin yorum ve değerlendirmesini içermeyen öz bildirim ölçeklerinden oluştuğu, bu nedenle de çalışmalarda ortaya çıkan sonuçların tutarsız olduğu ve tekrarlanmasında zorluklar yaşandığı bildirilmektedir. Bu ölçekler İUB'ye özgü değillerdir, birçok hastalıkta işlevselliği değerlendirmek amacı ile kullanılırlar. Aydemir ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilip, geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ) 11 alanda işlevselliği değerlendiren İUB'ye özgü bir ölçektir.

2.2. KİŞİLİK İŞLEVİ DÜZEYİ

2.2.1. Kişilik ve Kişilik Bozukluğu

Kişilik, sosyal insanı, bireyselliği ve birlikteliği içinde tek ve farklı kılan, kendini ifade edişini, ilişki tarzını belirleyen ve çevreye özgün uyumu sağlayan psiko-fizyolojik sistemlerin, dinamik ve açık örgütlenmesidir. Farklı işlevsellik alanlarında, birbiriyle anlamlı bağlantı içinde, değişik özelliklerin bir araya gelmesiyle oluşan ve bütün olarak algılanması gereken bir mozaiktir: Süreklilik kazanmış algılama, duygu, düşünce tutum ve davranışların bütünüdür. Bu içsel şematizasyonun kalıtsal/edinsel, biyolojik/psiko-sosyal-kültürel boyutları vardır (Köroğlu E ve Güleç C, 2007).

Kişilik bozuklukları ise kişinin kendisi ve başkaları hakkında düşünme ve hissetme yolları ile ilişkilidir, bireyin hayatın birçok alanında nasıl fonksiyon gösterdiğini önemli ölçüde ve olumsuz yönde etkileyebilir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013). Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-10 sınıflama sisteminde kişilik bozukluğu, kişiliğin birden çok alanını kapsayan biçimde bireyin karakter oluşumunda ve davranış eğilimlerinde kişisel ve sosyal olarak bozulmaya yol açacak biçimde ortaya çıkan şiddetli bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin ruhsal hastalıkları sınıflandırma sistemi olan DSM-IV'te ise kişilik bozukluğu, bireyde kendisini öznel sıkıntı ve/veya toplumsal, mesleki işlevsel bozuklukla ortaya koyan, uzun süreli uyum bozukluğu ve katı eğilimlerin var olması şeklinde tanımlanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994).

2.2.2. DSM-5' in Kişilik Bozuklukları Alanında Önerdiği Yenililer

Emil Kraepelin'in psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinin temelini oluşturan dikotomisi, uzun yıllardır geçerliliğini sürdürmektedir. Öte yandan, genetik, biyolojik ve klinik araştırmalardan elde edilen güncel kanıtlara dayanarak önerilen boyutsal modellemelerin benzerlik göstermesi bu dikotomik görüşün gözden geçirilme gerekliliğini ortaya koymaktadır. Özellikle klinik pratikte, psikiyatrik tanı

sistemlerinde kullanılan tanımlayıcı (descriptive) paradigma ile doğada görülen azımsanmayacak sayıdaki psikiyatrik olgunun yeterince iyi tanımlanamaması, klinisyenlerin ortak dil geliştirme gayretlerini engellemekte ve psikiyatrik tanıların stabilitesinin sorgulanmasına neden olmaktadır (Altınbaş ve ark. 2011).

Ruhsal bozuklukları ayrı kategoriler olarak ele alan sınıflandırma sistemleri olan DSM ve ICD, kategorik yaklaşımın sorunları olması nedeni ile şimdiye kadar çokça eleştirilmiştir. Kategorik yaklaşımda kategorileri her zaman birbirlerinden ayırmak mümkün olmamaktadır. Hiçbir kategorinin tanımına uymayan, fakat hasta olduğu şüphe götürmeyen; iki kategorinin kısmi özelliklerini bir arada gösteren fakat hiçbirinin ölçütlerini tam olarak karşılamayan hastalar bulunmaktadır. Bu sorun çoğu olguda tanı kategorilerinin ister istemez yapay kalabileceğini göstermektedir (Özdemir 2012).

Boyutsal yaklaşım, ruhsal bozukluklara dereceli bir değerlendirme getirmeye çalışır. Patolojiyi sürekli bir boyut olarak ele alır ve her hastayı bu sürekliğin farklı bir noktasına yerleştirir. Bu yaklaşıma göre psikiyatrik belirtiler kesin sınırlarla birbirinden ayrılmamış ve çeşitli bozuklukların o hastaya özgü karışımları olarak ortaya çıkmaktadır (Özdemir 2012). Kategorik yaklaşımda pratikte bugün sıklıkla belirti listelerinden oluşan tanılar konmaktadır. Hâlbuki her bir hastalık ayrı bir antiteden ziyade klinik sendromdur. Çoğu zaman bir hastada iki, hatta daha fazla ayrı hastalık üst üste tanımlanabilmektedir. Boyutsal yaklaşıma göre çoğul tanılar aslında aynı hastalık doğasının farklı boyutlarıdır. Psikopatolojik süreklilik içerisinde bir hastanın bütün belirtilerini tek bir hastalıkla açıklayabilmektir (Özdemir 2012).

Kişilik bozuklukları alanına bakıldığı zaman kategorik sınıflandırma sistemi ile ilgili sorunlar genelde dört konu üzerinde açıklanmıştır. Bunlar fazla eş tanı konulması, aynı tanıyı alan kişiler arasında bulunan heterojenite, normal işlevsellik ile beraber keyfi sınırların olmamasının eksikliği ve maladaptif kişilik işleyişinin yetersiz kapsamıdır (Widiger ve Mullins-Sweatt 2005). Kişilik bozukluklarındaki kategorik yaklaşım tanının var ya da yok olduğu yönünde hareket ederken, boyutsal yaklaşım kişilik özelliklerini değerlendirir. Boyutsal yaklaşımı savunanlar doğadaki haliyle kişilikteki bozulma denen şeyin normalin bir uzantısı olabileceğini

savunmaktadırlar. Buna göre normalle anormal arasında kategorik bir ayrım yoktur, bir süreklilik söz konusudur (Taymur ve Türkçapar 2012).

Kişilik ve kişilik bozuklukları çalışma grubu, kişilik bozuklukları ve özelliklerinin değerlendirilmesi için hem kategorik ve hem de boyutsal yaklaşımları içeren yeni bir model geliştirdi. Modelin Bölüm 2'ye dâhil edilmesi Amerikan Psikiyatri Birliği Yönetim Kurulu Heyeti tarafından kabul edilmedi ancak Bölüm 3 e dâhil edilmesi kararlaştırıldı ('Kişilik Bozuklukları için DSM-5 Alternatif Model' bölümü). Çalışma grubu, kişilik bozukluğu sınıfının, 10 kişilik bozukluğundan 4'ünün kaldırılıp ayrıca kişilik bozukluğu ve patolojik özelliklerin boyutsal değerlendirilmesi ile kategorik tanıyı birleştirip hibrit değerlendirme şeması getirilerek yeniden formüle edilmesini önerdi (Black ve Grant 2013).

Alternatif modelde, kategorik tanı korunmuş, tanı sayısının azaltılmasının sık görülen ek tanı sorununu en aza indirmeye yardımcı olacağı düşünülerek kişilik bozukluklarının sayısı 10 dan 6 ya düşürülmüştür. Paranoid, şizoid, histriyonik ve bağımlı türleri ile ilgili çok az deneysel çalışma olduğu için bu bozuklukların dışlaması uygun görülmüştür. Altı kişilik bozukluğu için ölçütler, onları tek tip hale getirmek ve deneysel olarak test edilmiş olan kişilik alan ve özelliklerine dayandıklarına emin olmak için revize edilmiştir. Altı kişilik bozukluğundan herhangi birisinin tanısını koymak için bireyin kişilik işlevinde bozulma (Ölçüt A) ve bozukluğa özgü patolojik kişilik özelliklerinin (Ölçüt B) olması gerekir. Ayrıca bozukluğa özgü olmamasına rağmen (genel kişilik bozukluğu ölçütlerinin bir parçası) bireyde zaman içinde kararlı (Ölçüt D) ve şartlar karşısında tutarlı (Ölçüt C) olan işlevsellikte bozulma görülmelidir. Bozukluk kişinin gelişimsel aşaması ya da sosyokültürel çevresi için normatif olmamalı (Ölçüt G) ve bir madde ya da başka bir tıbbi duruma bağlı olmamalıdır (Ölçüt F) (Black ve Grant 2013).

Çalışma grubu maladaptif kişilik özelliklerinin mevcut modellerini aldı ve McCrae ve Costa'nın (1987) beş faktör modelinden etkilenerek, yeni sistemin kapsaması gereken kişiliğin geniş alanları üzerinde fikir birliğine ulaştı. Bu beş alan (domain) olumsuz duygulanım (negative affectivity), kopma (detachment), terslik (antagonism), disinhibisyon (disinhibition), psikotizm (psychoticism) dir. Kişilik alanlarının her biri de daha alt seviyede 'görünüm (facet)' olarak adlandırılan

spesifik özellikleri içermektedir. Örneğin olumsuz duygulanım alanı için duygusal değişkenlik, kaygılılık, ayrılık güvensizliği, perseverasyon, boyun eğicilik, düşmanlık, çökkünlük, kuşkuculuk olası kişilik görünümleri olarak bildirilmektedir. Diğer kişilik alanları için de o alana uyan değişik seçenekler sunulmaktadır. Özellik görünümleri, alan içinde kişilik varyasyonunu temsil etmek açısından yararlıdır. Bu nedenle alandan çok görünüm (25 adet) bulunmaktadır. Özellik alanları ve görünümleri, 0 (hiç yok) ile 3 (tam olarak var) arasında değişen dört basamakta değerlendirilmektedir (Black ve Grant 2013).

Alternatif bu model klinisyenin ihtiyaçlarına ve ilgi alanlarına uygun, esnek olacak şekilde tasarlanmıştır. Klinisyenler hem kategorik kişilik bozukluklarını ve altı spesifik tipten birine uymayan kişiler için belirlenen kişilik özelliklerini teşhis edebilecek hem de kişilik işlevi düzeyinde ve kişilik bozukluğu türlerindeki patolojik özelliklerin düzeyinde heterojeniteyi tarif edebilecekler. Ayrıca tüm hastaların kişilik özelliği profilini açıklayabilecekler (Black ve Grant 2013).

2.2.3. Kişilik İşlevi Düzeyi Ölçeği

Yeni model ile birlikte kişilik işlevi gündeme gelmiştir. Diğer insani eğilimler gibi, kişilik işlevi de bir süreklilik içindedir, bireyin kendisi ve diğerleri ile olan etkileşimi üzerine düşünme ve bunları anlamaktaki karakteristik yoludur. Optimal kişilik işlevi olan bireylerin, kompleks, tamı tamına ve iyi entegre psikolojik dünyası vardır. Bu psikolojik dünya çoğunlukla, pozitif, iradeli ve adaptif benlik kavramını; zengin, geniş ve uygun bir şekilde düzenlenmiş duygusal yaşamı ve karşılıklı ve doyurucu kişilerarası ilişki içinde toplumun üretken bir üyesi olarak davranma kapasitesini içerir. Sürekliliğinin diğer ucunda bulunan, ağır kişilik patolojisi olan bireylerin, zayıf ve uyumsuz kendilik tasarımına sahip; olumsuz, düzensiz duygulara bir eğiliminin olduğu ve adaptif kişilerarası işlevsellik ve sosyal davranış kapasitesinde eksikliğin görüldüğü; yoksul, dağınık ve / veya çatışmalı psikolojik dünyaları vardır (Skodol ve ark. 2014).

Kendilik ve kişilerarası ilişkilerin zihinsel temsili, karşılıklı olarak birbiri üzerinde etkili ve ayrılmaz bir şekilde bağlıdır, ruh sağlığı profesyonelleri ile etkileşimin doğasını etkiler ve hem tedavi etkinliği hem de sonucu üzerinde önemli bir etkisi olabilir. Kendilik ve kişilerarası işlevdeki bozulmanın derecesi sürekli bir dağılım göstermesine rağmen, klinik karakterizasyon, tedavi planlaması ve prognoz için işlevdeki bozulma düzeyini dikkate almak yararlı olur (Skodol ve ark. 2014).

Kişilik İşlevi Düzeyi Ölçeği (KİD-Level of Personality Functioning Scale) kendilik ve kişilerarası işlev bozukluğun derecesini değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir. Kendilik işlevi, kimlik ve kendini yönetme; kişilerarası işlev ise empati ve yakınlık unsurlarını içerir. Bozulma 0 (sağlıklı işlev) ve 4 (şiddetli bozukluk) arasında değişen 5 puanlık ölçekte değerlendirilir. Kişilik patolojisinin doğasını ve kapsamını tanımlamak için geniş bir aralıkta adaptif ve maladaptif kişilik özelliklerinin alanları(domain) ve görünümleri(facet) puanlanır ve tedavi planlaması için faydalı olabilecek bilgiler edinilir. Kişilik alanları ve kişilik özelliklerinin görünümleri bir kişilik bozukluğu olmadan da, herhangi bir bireyin kişilik karakteristiğini tanımlamak için kullanılabilir (Black ve Grant 2013).

Genel şiddet düzeyi, kişilik psikopatolojisi değerlendirirken eşzamanlı ve ileriye dönük bozukluğunun en önemli ve tek belirleyicisi olabilir. Kişilik bozuklukları en iyi olarak biçimsel elemanların ek özellikleri ile genel kişilik şiddetinde süreklilik ile karakterizedir, kişilik bozukluğu belirti kümesi ve kişilik özelliklerinden türetilmiş. Aynı zamanda, kişilik psikopatolojisinin çekirdeği, kendilik ve kişilerarası ilişkiler ile ilgili fikir ve duygularda bozulmadır ve bu kavram birçok kişilik bozukluğu teorisi ve araştırmalar ile tutarlıdır (Skodol ve ark. 2014). Kişilik bozukluklarının her tipinde merkezi bozulmanın kişinin kendisine ve diğerlerine bakışı ile ilgili olduğu ve genel şiddet düzeyinin önemi daha önce yapılan çalışmalar ile ortaya konulmuştur. Ancak ne DSM-IV genel şiddeti belirteçleri nede Eksen V IGD ölçeği kişilik psikopatoloji için yeterli özgüllüğe sahiptir (Bender ve ark. 2011).

Kişilik ve Kişilik Bozuklukları Çalışma Grubu tarafından tüm kişilik bozukluklarının ortak psikolojik süreçlerine göre yeni bir kişilik işlevi ölçeği yapmak gerekliliği belirlenmiştir. Ardından güncellenmiş DSM için geliştirilen, klinisyenlere

hem kişilik psikopatolojisinin varlığını hem de şiddetini gösterecek bir ölçek önerilmiştir (Bender ve ark. 2011). Yapılan çalışmalarda kişilik işlevlerini ve psikopatolojilerini değerlendiren bazı güvenilir ve geçerli ölçümler incelenmiş ve kendilik-öteki boyut perspektifinin gerek klinik gerekse ampirik olarak ciddi kullanılabilirliği olduğu belirlenmiştir (Bender ve ark. 2011).

Kendilik ve kişilerarası işlevi değerlendirmek amacı ile önerilen KİD, kendilik işlev düzeyini belirlemek amacı kimlik ve kendini yönetme, kişilerarası işlev için ise eş duyum ve yakınlık öğelerini içermektedir.

Tablo 1. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutları

Kendilik: **Kimlik:** a)Bireyin kendi ve öteki arasındaki sınırların net olduğu özgün kendilik deneyimi; b) kendilik değerlendirmesinin doğruluğu ve öz saygının tutarlılığı; c) duygusal deneyimde çeşitlilik kapasitesi ve bunu düzenlenme yeteneği **Kendini yönetme:** a)Tutarlı ve anlamlı olan kısa vadeli yaşamsal hedeflerin peşinde olma; b) toplum yanlısı ve yapıcı içsel davranış modellerinin kullanımı; c) verimli bir şekilde kendini yansıtma yeteneği
Kişilerarası: **Eşduyum:** a) Diğerlerinin deneyim ve motivasyonlarını anlama ve takdir edebilme; b) farklı bakış açılarına tahammül edebilme; c) kendi davranışlarının diğerleri üzerindeki etkisini anlama **Yakınlık:** a)Diğerleriyle kurulan olumlu bağlantıların süresi ve derinliği; b) yakınlık isteği ve kapasitesi; c) kişilerarası davranışlarda yansıtılan samimiyetin karşılıklı oluşu

Kimlik, özgün bir kişi olarak kendini deneyimlemeyi, benlik saygısında kararlılığı, kendilik değerlendirmesinde doğruluğu, duygusal deneyimde çeşitlilik kapasitesini ve bunu düzenleme yeteneğini ifade eder. Kendini yönetme tutarlı ve

anlamlı kısa vadeli ve yaşamsal hedeflerin peşinde olma, toplum yanlısı ve yapıcı içsel davranış standartlarının kullanımı, verimli bir şekilde kendini yansıtma yeteneğine değinmektedir. Eş duyum diğerlerinin deneyim ve motivasyonlarını takdir etme ve kavrama, farklı bakış açılarına tahammül edebilme, kendi davranışının diğerleri üzerindeki etkisini anlamayı içerirken; yakınlık diğerleri ile bağlantıların süresi ve derinliğini, yakınlık kapasitesi ve isteğini, kişilerarası davranışta yansıtılan samimiyetin karşılıklı oluşunu ele alır. KİD ölçeği bu alanlardaki bozulmanın derecesini 0:sağlıklı işlev, 4: şiddetli bozukluk arasında değişen 5 düzeyde değerlendirir. Alanlar ve seviyeler, her alan-düzey kombinasyonu için üç kısa paragraf olarak anlatılmıştır, bu da 60 maddeden oluşan bir tablo ile (4 × 5 × 3) sonuçlanır. Değerlendiriciler bu açıklamaları okurlar ve bu alanlar içinden hastanın mevcut işlev seviyesine en yakın olanı belirtirler (Zimmermann ve ark. 2014).

2.3. İKİ UÇLU BOZUKLUKTA İŞLEVSELLİK ve KİŞİLİK

BPS'si olan hastalarda kişilik bozukluğu yaygınlığını inceleyen pek çok çalışma bulunmaktadır ve kişilik özellikleri İUB'de işlevselliği etkileyen etmenler arasında sayılmaktadır. Duygudurum bozukluğu ve kişilik bozukluğunun birlikteliği ile ilgili olarak farklı görüşler bulunmaktadır. Erken başlayan bir duygudurum bozukluğunun kişinin kişiler arası işlevselliğini olumsuz etkileyerek maladaptif davranış ve tutumların oluşmasına yol açarak bir kişilik bozukluğuna zemin hazırlayabildiğini savunan görüşün yanında, zaten var olan maladaptif kişilik özelliklerinin duygudurum bozukluğuna neden olabileceği ya da onun ortaya çıkmasına yardımcı olabileceği düşüncesi de alternetif bir görüş olarak ifade edilmiştir (Klein ve ark. 1999).

Üçok ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada İUB'si olan hastaların % 47.7'sinde en az bir tane kişilik bozukluğu saptanmıştır ve en sık rastlanan kişilik bozukluklarının obsesif-kompulsif ve histrionik kişilik bozuklukları olduğu bildirilmiştir (Üçok ve ark. 1997). Yine 52 iki uçlu bozukluğa sahip hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaların %38'inde en az bir kişilik bozukluğu saptanmıştır (Kay ve ark., 2002). Bu birlikteliğin daha fazla sayıda ilaç kullanımına ve son altı ay içinde

daha az sürede düzenli olarak bir işte çalışmaya neden olduğunu belirtilmiştir. 40 hastanın dâhil edildiği bir çalışmada ise %75 oranında kişilik bozukluğu birlikteliği saptanmıştır (Barquero ve ark., 2007). Bu çalışmada kişilik bozukluğu ek tanısı olan hastaların ek tanısı olmayan iki uçlu bozukluk hastalarına göre, daha erken hastalık başlama yaşı, daha çok depresif atak ve daha çok alkol veya madde kullanım oranlarına sahip olduklarını belirtmiştir.

Kişilik bozukluğu eş tanısı tedaviye uyumsuzlukla, lityum tedavisine azalmış yanıtla, alkol ve madde kullanımında artışla ilişkili bulunmuştur. İUB'ye ek olarak kişilik bozukluğu bulunan kişilerde işsizlik oranı, kalıntı duygudurum belirtileri ve madde bağımlılığı oranı daha fazla bulunmuştur (George ve ark. 2003). Kişilik bozukluğunun eşlik ettiği İUB hastalarının daha fazla nöbet yaşadıkları (Dunayevich ve ark. 1996) ve daha fazla intihar girişiminde bulundukları bildirilmektedir (Üçok ve ark. 1997). Sonuç olarak bu kişilerde hastalığın gidişinin daha kötü olduğu belirtilmiş (Dunayevich ve ark. 2000) Fan ve arkadaşları 2008 yılında iki uçlu bozukluk ve kişilik bozukluğu birlikteliği ile ilgili bir derleme yayınlamışlardır. Bu çalışmada 1980 ile 2006 yılları arasında Pubmed'de yayınlanmış 32 makale gözden geçirilmiş ve iki uçlu bozukluk hastalarında kişilik bozukluğu görülme oranın genel populasyonda daha yüksek olduğu, kişilik bozukluğu birlikteliğinin tedaviye yanıtı ve hastalığın seyrini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Fan ve Hassel, 2008).

3.YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. ÖRNEKLEM

Çalışmamıza Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniğine başvurmuş olan, DSM-IV'e göre yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-I) uygulanarak iki uçlu I bozukluk tanısı konulmuş ve iyileşme döneminde olup çalışmaya katılım için onam belgesini imzalayarak gönüllü olan ardı sıra hastalar dâhil edilmiştir.

Hastaların iyileşme döneminde oldukları, çalışmaya alındıkları anda uygulanacak olan Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) ve Hasta Sağlık Anketi (PHQ-SADS) uygulanarak doğrulanmıştır. Çalışma için, verilerin istatistikî olarak değerlendirilebilir olması amacı ile 100 iki uçlu I bozukluk hastası çalışmaya dâhil edilmiştir.

Dâhil etme ölçütleri:

1. DSM-IV'e göre yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-I) uygulanarak iki uçlu I bozukluk tanısı konulmuş olmak.
2. Onam belgesini imzalayıp gönüllü olarak çalışmaya katıldığını belgelemiş olma.

Dışlama Ölçütleri:

1. Yaşı <18, >65 olma.
2. Okur-yazar olmama.
3. Remisyonda olmama
4. Görüşme ile anlaşılır düzeyde mental retardasyonu ve bilişsel kusuru olmak.
5. Görüşme ile anlaşılır düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalık bulunması.
6. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanısının olması.
7. İçinde bulunduğu ruhsal durum ile ilgili iç görüye sahip olmama.

3.2. GEREÇLER

3.2.1. DSM IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID I)

DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), majör DSM-IV Eksen I tanılarının konması için First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. SCID-I'in Türkçe'ye uyarlama ve güvenirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları(1999) tarafından yapılmıştır.

3.2.2. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. Young ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Yükselmiş duygudurum, hareket ve enerji artışı, cinsel ilgi, uyku, irritabilite, konuşma hızı ve miktarı, düşünce yapı bozukluğu, düşünce içeriği, yıkıcı ve saldırgan davranış, dış görünüm, içgörü gibi alt gruplar bulunmaktadır. Bu maddelerin yedisi beşli likert tipinde, diğer dördü dokuzlu likert tipindedir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Karadağ ve arkadaşları(2001) tarafından yapılmıştır.

3.2.3. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ)

Aydemir ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilip, geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, 52 maddeden oluşmaktadır. (1) duygusal işlevsellik, (2) zihinsel işlevsellik, (3) cinsel işlevsellik, (4) damgalanma hissi, (5) içe kapanıklık, (6) ev içi ilişkiler, (7) arkadaşlarıyla ilişkiler, (8) toplumsal etkinliklere katılım, (9) günlük etkinlikler ve hobiler, (10) inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme, (11) iş olmak üzere 11 alt ölçekten oluşmaktadır. Maddeler "hayır ya da hiç" 1 puan, "kısmen ya da bazen" 2 puan , "evet ya da her zaman" 3 puan verilerek

hesaplanmıştır. Bu alt ölçeklerin toplanmasıyla toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçeğin kesme puanı olmayıp puan arttıkça işlevsellik olumlu yönde artmaktadır.

3.2.4. Duygudurum Bozuklukları Tanı ve İzlem Formu(SKIP-TURK)

Duygudurum bozukluğu olan hastaları takip için kullanılan, 111 itemden oluşan, sosyodemografik verileri de içeren kayıt formudur. Özerdem ve arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir. Bir tanı koyma aracı değil bilgi toplama aracıdır. Geliştirilme amacı standart bir bilgi toplama işlemine hizmet etmek ve ihtiyaç duyulduğunda çok merkezli çalışmalarda kolay birleştirilip değerlendirilebilen bir veri tabanı oluşturmaktır

Hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, tedaviye başlama yaşı, öyküde fiziksel ve cinsel kötüye kullanım, fiziksel hastalık öyküsü, akademik ve sosyal işlevsellik, premenstrüel sendrom, sigara, alkol ve madde kullanım öyküsünü; ilk atak tipi, atak öncesi stresör, atak şiddeti, doğum sonrası başlangıç, depresyon alt tipi, psikotik bulgulu dönem, özkıyım girişimi, hastaneye yatış, atak süresi, ne ile düzeldiği; koruyucu sağaltım öncesi ve sonrası toplamda ve her bir dönem için atak sayıları, atak öncesi stresör, atak şiddeti, atak süresi, psikotik bulgulu dönem, özkıyım girişimi, hastaneye yatış, egemen gidiş örüntüsü, mevsimsellik, ani başlangıç ve bitiş, süreğenlik (kronisite) ve hızlı döngülülük, kayma, tam düzelme olup olmadığını sorgulamaktadır.

3.2.5. Kişilik İşlevi Düzeyi Ölçeği (KİD)

Benlik ve kişilerarası işlevde bozulma, kişilik psikopatolojisinin çekirdeğini oluşturmaktadır ve bu alternatif tanı modelinde bir süreklilik içinde değerlendirilirler. Değerlendirmede kendilik işlevi, kimlik ve kendini yönetme; kişilerarası işlev ise empati ve yakınlık gibi unsurları içerir. KİD derecesi az ya da hiç arasında değişen bozukluğun beş düzeyini ayırt etmek için bu unsurların her birini kullanır (örn: 0-sağlıklı, 1-biraz bozukluk, 2-orta bozukluk, 3-şiddetli bozukluk, 4-aşırı bozukluk). Bu ölçeği kullanırken klinisyen bireyin kişilik işlevlerinde bozulmanın mevcut genel seviyesine en yakın seviyeyi seçer. Değerlendirmesi kişilik bozukluğu (orta veya

daha ileri) tanısı için gereklidir ve herhangi bir kişilik bozukluğu olan bir birey için bozukluğun mevcut şiddetini belirlemek için kullanılır. KİD ayrıca, bir kişilik bozukluğu tanısı belirtilmeksizin ya da durum bozukluk tanısı için eşik altı olduğunu da, kişilik işlevi düzeyinin küresel bir göstergesi olarak kullanılabilir. Yazıcı-Güleç ve ark. (2014) KİD ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yaptıkları çalışmanın ön raporunda skalanın güvenirlik ve geçerlik bulgularının yeterli düzeyde olduğunu göstermişlerdir. İstatistiksel analiz sonucunda iç tutarlılığın iyi düzeyde olduğu, IGD ile KİD'in kimlik, kendini yönetme ve empati boyutlarının zayıf bağlantılı olduğu, yakınlık boyutuyla ise ilişkisinin olmadığını, Kernberg'in modeline göre kişilik örgütlenmesini ölçmek üzere geliştirilmiş olan Kişilik Örgütlenmesi Tanı Formu (KÖTF) (Personality Organization Diagnostic Form, PODF) boyutlarından kimliğin KİD boyutlarından kimlik ve kendini yönetme ile çok iyi derecede, empati ile iyi, yakınlık ile orta seviyede ilişkili olduğu bildirilmiştir. KÖTF ile KİD'in tüm boyutlarında orta-iyi derecede ilişki olduğu, aynı şekilde Nesne İlişkileri Niteliği Ölçeği(NİNO) (Quality of object realitionship scale, QORS) boyutları ile KİD boyutları arasında orta iyi derecede ilişkili olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak DSM 5 çalışma grubunun da öne sürdüğü gibi IGD skoru ile kişilik işlevi düzeyinin düşük düzeyde ilişkili olduğu, paralel bir teoriye dayanan KÖTF ile orta yüksek seviyede ilişki gösterdiği belirtilmiştir. Bu bulgulara dayanılarak kişilik işlevi ölçümünün kişilik yapılanmasını temsil ettiği ve aynı zamanda niteliksel olarak da bu ilişkinin sürdüğü NİNO domainleri ile gösterilmiştir (Yazıcı Güleç ve ark. 2014).

3.2.6. Hsata Sağlık Anketi (PHQ-SADS)

Kroenke ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Hasta tarafından doldurulan öz bildirimli ölçektir. Hem araştırmada hem de günlük klinik uygulamada kullanılabilir. MDB'nin 9 alanını değerlendiren PHQ-9, 7 temel anksiyete belirtilerini değerlendiren GAD-7, somatik belirtileri değerlendiren PHQ-15 ve kaygı ataklarını değerlendiren P-5 alt ölçeklerinden oluşur. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır.

3.2.7. UKU (Udvalget for Kliniske Undersegelser) Yan Etki Değerlendirme Ölçeği

Psikotrop ilaç kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan yan etkileri nedensel ilişki kurarak değerlendiren, Lingjaerde ve ark. (1987) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Görüşmecinin değerlendirmesine dayanır. Yan etkileri dört grup altında içerir: Psikolojik, nörolojik, otonomik ve diğer. Toplam 52 maddeden oluşmuştur, 10 psikolojik, 10 nörolojik, 13 otonomik ve 29 diğer belirti bulunur. Psikolojik başlığı altında anksiyete, uyku değişiklikleri, huzursuzluk gibi belirtiler; nörolojik başlığı altında paresteziler, nöbetler, hiperkinezi ve diskinezi; otonomik başlığı altında tükürük ve dışkılama alışkanlığı değişiklikleri, antikolinerjik yan etkilerle, aşırı su içme, idrara çıkma ve diğer başlığı altında dermatolojik, cinsel yan etkiler, baş ağrısı ve bağımlılık bulunmaktadır.

3.2.8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ-Multidimensional Scale of Perceived Social Support)

ÇBASDÖ 1988'de Zimmet ve arkadaşları tarafından bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiştir. Türkiye'de 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Toplam 12 maddeden oluşur. "Kesinlikle hayır" ile "kesinlikle evet" arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan), likert tipi bir ölçektir. Algılanan sosyal desteğin kaynağı aile, arkadaşlar ve anlamlı diğerleri(flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) olmak üzere üç alt boyutta ölçülebilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir. Eker ve arkadaşları(2001) ÇBASDÖ'nün Gözden Geçirilmiş Formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır.

3.2.9. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi – AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Alkolün bireye olan zararlarının belirlenmesi ve bu kişilerin tanımlanması için geliştirilmiştir(Saunders ve ark. 1993a). 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 zararlı alkol kullanımını göstermektedir. Ölçek toplam puanı 40 olup, önerilen kesme noktası 8'dir. Testin Türkçe düzenlenmiş şeklinin geçerli ve güvenilirliği Saatçioğlu ve arkadaşları(2002) tarafından yapılmıştır.

3.2.10. Madde Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi-DUDIT(Drug Use Disorders Identification Test)

DUDİT 11 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Bir kişinin madde kullanımını ve ilgili sonuçları değerlendirir, madde kullanım sıklığı, madde kullanımına bağlı ortaya çıkan sorunlar ve madde bağımlılığı belirtileri alanında veri toplar. İlk 9 soru 0-4 arası 5 puanlık skalada, son 2 soru 0-2 arası 3 puanlık skalada skorlanır. Toplam hesaplanan puan 0-44 arasında olabilir, yüksek skorlar daha ciddi maddeye bağlı problemleri işaret eder(Evren ve ark. 2014).

3.2.11. Bilgilendirilmiş Onam Formu

3.3. UYGULAMA

Çalışma için 108 hasta ile görüşme yapılmıştır. 2 hasta İUB ölçütlerini karşılamaması, 4 hasta iyileşme döneminde olmaması, 2 hasta görüşmeye devam etmek istememeleri nedeni ile ilk görüşmede çalışmanın dışında bırakılmışdır. SCID-I uygulanarak İUB I tanısı konulmuş ve iyileşme döneminde olup çalışmaya katılım için onam belgesini imzalayarak gönüllü olan 100 hasta ardı sıra çalışmaya dâhil edilmiştir. YMDÖ ve PHQ-SADS uygulanarak hem hastaların iyileşme döneminde

oldukları doğrulanmış hem de YMDÖ ölçeği ile kalıntı manik belirtiler, PHQ-SADS ölçeği ile somatik, anksiyete ve kalıntı depresif belirtiler saptanmıştır. Bu kişilere sosyodemografik verileri ve hastalık başlangıç yaşı, dönemlerin sıklığı, hızlı döngülülük, psikotik ve karma döneme ait semptoların varlığı, önceki hastane yatışlarının sayısı, medikal eş tanı varlığı, intihar davranışı öyküsü, tedavi uyumu gibi klinik değişkenleri değerlendirmek amacı ile SKIP-TURK uygulanmıştır. Psikiyatrik eştanı varlığını saptamak amacı ile klinisyenin değerlendirmesine dayanan SCID-I, ilaç yan etkilerini görmek amacı ile UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği hastadan edinilen bilgileri ile doldurulmuştur. KİD ölçeğini işaretleyebilmek için hastalar ile Kernberg'in Yapısal Görüşme tekniğine dayanan psikodinamik yönelimli yarı yapılandırılmış görüşme yapılmıştır.

Hastalar ile yapılan görüşmenin ardından doldurmaları için öz bildirim ölçekleri verilmiştir. Hastaların işlevsellikleri BBİÖ, algıladıkları sosyal destek ÇBASDÖ, alkol-madde kullanım bozuklukları AUDIT ve DUDIT verilerek değerlendirilmiştir.

3.4. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma verilerinin analizi için SPSS-15 (Statistical Package for the Social Sciences) isimli istatistik programı kullanılmıştır

İstatistiksel değerlendirmede kategorik değişkenler ki-kare testi, kantitatif değişkenler ANOVA veya Manova testleri kullanılarak karşılaştırılılmış, bağıntı analizinde Pearson veya Spearman korelasyon testleri, kullanılmıştır.

İşlevselliği yordayan değişkenleri değerlendirmek için regresyon modelleri kurulmuş. İşlevsellik bağımlı değişken olarak alınan modelde kişilik işlevi düzeyi bağımsız değişken olarak regresyon analizinde değerlendirililiştir.

Tüm değerlendirmelerde p değeri 0.05'in altındaki değerler anlamlı olarak kabul edildi.

4.BULGULAR

4.1. İKİ UÇLU I BOZUKLUK HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmamıza 40 (%40) erkek, 60 (%60) kadın olmak üzere 100 İUB I hastası dâhil edilmiştir. Olgularımızın yaş ortalaması 40,93±11,19 olarak hesaplanmıştır. Olguların %35'i bekâr, %45'i evli, %20'si ise boşanmış, ayrı yaşıyor veya duldur (%17 boşanmış, %2 ayrı yaşıyor, %1 dul). Ortalama eğitim süreleri 11,59±3,92 yıldır. Olguların sosyoekonomik düzeyleri %6 alt, %53 orta/alt, %41'i orta/üst, 0'ı üst seviyededir ve %43'ü aktif olarak çalışıyor veya öğrenci, %10'u emekli, %15'i ev kadını, %14'ü işsiz, %18'i ise çalışamıyor olarak bulunmuştur.

Tablo 2: İki Uçlu I Bozukluk Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri - I (n=100)

	Ortalama	Standart sapma
Yaş	40,93	11,19
Eğitim yılı	11,59	3,92

Tablo 3: İkiuçlu I Bozukluk Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri - II (n=100)

		N	%
Cinsiyet	Kadın	60	60,0
	Erkek	40	40,0
Medeni durum	Bekâr	35	35,0
	Evli	45	45,0
	Diğer	20	20,0
Sosyoekonomik durum	Alt	6	6,0
	Orta/alt	53	53,0
	Orta/üst	41	41,0
	Üst	0	0
Çalışabilirlik durumu	Çalışıyor/öğrenci	43	43,0
	Emekli	10	10,0
	Ev kadını	15	15,0
	İşsiz	14	14,0
	Çalışamıyor	18	18,0

4.1. İKİ UÇLU I BOZUKLUK HASTALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ

İUB-I tanısı almış 100 hastadan oluşan hasta grubunda ortalama hastalık başlangıç yaşı 25.95 ± 9.34, ortalama hastalık süresi 14.88 ± 9.70, tedaviye başlayıncaya kadar geçen süre 1.38 ± 3.84 olarak bulundu. Ortalama dönem sayıları manik dönem için 4.41 ± 4.77, depresif dönem için 2.35 ± 4.46, hipomanik dönem için 1.06 ± 3.22 ve karma özellikli dönem için 0.16 ± 0.70, ortalama dönem ortalaması 8.02 ± 9.00 olarak saptandı. İlk hastalık döneminin türüne bakıldığı zaman hastaların %54'ünün hastalığının manik dönem ile başladığı görüşmüştür. Ortalama hastane yatış sayısı ise 2.33 ± 2.94 idi. Hastaların genel işlevselliğini değerlendirmek için uygulanan IGD ölçeği ortalaması 62.06 ± 9.35 olarak bulunmuştur.

Tablo 4. İki Uçlu 1 Bozukluk Hastalarının Klinik Özellikleri İle İlgili Veriler - I

	BP-I (*n*=100)	
	Ortalama±Standart Sapma	Medyan (Min-Max)
Başlangıç Yaşı	25,95±9,34	24 (14-54)
Ortalama Hastalık Yılı	14,88±9,70	14 (1-40)
Tedaviye Başlayıncaya Kadar Geçen Süre	1,38±3,84	0 (0-20)
Toplam hastalık dönemi sayısı	8,02±9,00	5 (1-65)
Ortalama manik dönem sayısı	4,41±4,77	3 (0-22)
Depresif dönem sayısı	2,35±4,46	1 (0-27)
Hipomanik dönem sayısı	1,06±3,22	0 (0-23)
Karma dönem sayısı	0,16±0,70	0 (0-5)
Hastaneye yatış sayısı	2,33±2,94	1 (0-17)
IGD	62.06 ± 9.35	61 (43-82)

Çalışmaya alınan hastaların 22'sinde (%22) intihar girişimi öyküsü mevcutken 78'inde (%78) intihar girişimi öyküsü bulunmuyordu. Psikotik özellik hastaların 61'inde mevcutken (%61), 39'unda (%39) saptanmadı. Hızlı döngülülük oranı %1 ve kronisite oranı ise %9 olarak değerlendirildi. Şu anki tedavi uyumu hastaların 92'sinde (%92) iyi iken, 8'inda (%8) bozuk olarak saptandı.

Tablo 5. İki uçlu 1 Bozukluk Hastalarının Klinik Özellikleri İle İlgili Veriler - II

	n=100 (var)	*n*(%) (yok)
Tedavi uyum (iyi-bozuk)	92 (92)	8 (8)
Psikotik özellik	61 (61)	39 (39)
Hızlı döngülülük	1 (1)	99 (99)
Kronisite	9 (9)	91 (91)
İntihar girişimi	22 (22)	78 (78)

4.3. İKİ UÇLU I BOZUKLUK HASTALARININ KİŞİLİK İŞLEVİ DÜZEYLERİ

Çalışmaya alınan 100 hastanın kişilik işlevi düzeylerinin ortalamalarına bakıldığı zaman kimlik için 2.00 ± 0.60, kendini yönetme için 1.86 ± 0.73, eş duyum için 1.77 ± 0.72, yakınlık için 1.85 ± 0.79 olarak bulundu.

Tablo 6. İki Uçlu 1 Bozukluk Hastalarının Kişilik İşlevi Düzeyleri

	BP-I (*n*=100)	
	Ortalama± Standart Sapma	Medyan (Min-Max)
Kimlik	2.00±0.60	2,00(1,00-3,33)
Kendini yönetme	1.86±0.73	2,00(0,33-3,33)
Eş duyum	1.77±0.72	2,00(0,00-3,33)
Yakınlık	1.85±0.79	1,66(0,00-3,33)

4.3. İki uçlu I bozukluk hastalarının işlevsellikleri:

İşlevsellik düzeylerine bakıldığı zaman hastaların toplam işlevsellik puanlarının ortalaması 108.12 ± 14.86 bulunmuştur. Alt ölçek ortalamaları için duygusal işlevsellik 7.53 ± 1.59, zihinsel işlevsellik 10.12 ± 2.01, cinsel işlevsellik 7.95 ± 3.47, damgalanma hissi 8.56 ± 2.41, içe kapanıklık 6.62 ± 1.60, ev içi ilişkiler 13.95 ± 3.16, arkadaşlarıyla ilişkiler 11.38 ± 2.55, toplumsal etkinliklere katılım 14.71 ± 3.71, günlük etkinlikler ve hobiler 13.22 ± 2.78, insiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme 4.86 ± 1.47, iş 10.34 ± 1.67 olarak saptanmıştır.

10 hasta daha önce hiç bir çalışma deneyimleri olmaması neden ile iş alt ölçek sorularını boş bırakmıştır. Cinsel aktif olmayan 7 hasta cinsel işlevsellik alt ölçeğinin 3 sorusunu, 9 hasta ise 2 sorusunu boş bırakmıştır.

Tablo 7. İki Uçlu 1 Bozukluk Hastalarının İşlevsellik Düzeyleri

	BP-I (*n*=100)	
	Ortalama±Standart Sapma	Medyan (Min-Max)
Duygusal işlevsellik(Dİ)	7,53±1,59	8 (3-9)
Zihinsel işlevsellik(Zİ)	10,12±2,01	11 (4-12)
Cinsel işlevsellik (Cİ)	7,95±3,47	8 (1-12)
Damgalanma hissi(DH)	8,56±2,41	9 (4-12)
İçe kapanıklık(İK)	6,62±1,60	7 (3-9)
Ev içi ilişkiler(Eİİ)	13,95±3,16	14,5 (6-18)
Arkadaşlarıyla ilişkiler(Aİ)	11,38±2,55	12 (5-15)
Toplumsal etkinliklere katılım(TEK)	14,71±3,71	15 (8-24)
Günlük etkinlikler ve hobiler(GEH)	13,22±2,78	13 (8-21)
İnsiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme(İAPK)	4,86±1.47	5 (2-9)
İş	10,34±1,67	11 (4-12)
İşlevsellik toplam	108.12±14.86	109 (66-136)

4.4. KLINIK DEĞIŞKENLERIN IŞLEVSELLIK ILE ILIŞKISI

Tablo 8. İki Uçlu Hastaların Klinik Değişkenleri İle İşlevsellik Arasındaki İlişki - I (*n*=100)

	Hastalık başlangıç yaşı	Hastalık dönemi sayısı	Hızlı döngülülük	Psikotik özellik varlığı	Karma dönem sayısı	Hastane yatış sayısı
BBİÖ toplam						
r	0,105	-0,116	-0,099	-0,033	-0,038	0,025
p	0,299	0,250	0,326	0,747	0,705	0,805
Dİ toplam						
r	-0,024	-0,073	-0,141	-0,023	-0,117	0,080
p	0,810	0,468	0,162	0,822	0,246	0,432
Zİ toplam						
r	-0,074	-0,091	-0,093	-0,032	0,000	0,128
p	0,464	0,370	0,358	0,754	0,998	0,204
Cİ toplam						
r	**-0,252**	0,035	-0,030	-0,039	-0,140	0,072
p	**0,011**	0,733	0,767	0,699	0,166	0,475
DH toplam						
r	0,138	0,026	0,005	-0,063	0,140	0,089
p	0,170	0,800	0,959	0,534	0,166	0,377
İK toplam						
r	0,155	0,050	0,014	0,083	0,051	-0,012
p	0,124	0,625	0,888	0,413	0,615	0,907
Eİİ toplam						
r	**0,199**	-0,121	0,040	0,069	-0,027	-0,013
p	**0,047**	0,232	0,690	0,495	0,793	0,897
Aİ toplam						
r	0,000	-0,181	-0,112	-0,093	0,056	-0,115
p	0,997	0,071	0,266	0,355	0,582	0,255
TEK toplam						
r	0,120	-0,186	-0,082	-0,109	0,055	-0,103
p	0,235	0,064	0,417	0,282	0,584	0,310
GEH toplam						
r	**0,252**	-0,097	-0,095	0,035	0,060	0,014
p	**0,012**	0,335	0,349	0,727	0,554	0,890
İAPK toplam						
r	0,043	0,106	-0,068	0,122	0,040	0,044
p	0,671	0,294	0,503	0,228	0,696	0,664
İŞ toplam						
r	0,096	-0,198	0,034	-0,088	-0,090	-0,113
p	0,367	0,062	0,753	0,411	0,397	0,289

Spearman korelasyon analizi
BBİÖ toplam: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Toplamı
Dİ toplam: Duygusal İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Zİ toplam: Zihinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Cİ toplam: Cinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
DH toplam: Damgalanma Hissi Alt Ölçeği Toplamı
İK toplam: İçe Kapanıklık Alt Ölçeği Toplamı
Eİİ toplam: Ev İçi İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
Aİ toplam: Arkadaşlarıyla İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
TEK toplam: Toplumsal Etkinliklere Katılım Alt Ölçeği Toplamı
GEH toplam: Günlük Etkinlikler ve Hobiler Alt Ölçeği Toplamı
İAPK toplam: İnsiyatif Alma ve Potansiyelini Kullanabilme Alt Ölçeği Toplamı

Korelasyaon analizinde BBİÖ toplam skorları ile klinik değişkenlerden hastalık başlangıç yaşı, hastalık dönemi sayısı, hızlı döngülülük, psikotik özellikli dönem varlığı, karma dönem sayısı ve hastaneye yatış sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamadı ($p>0,005$). Hastalık başlangıç yaşı ile BBİÖ 'nin alt ölçeklerinden olan Cİ toplam ($r=-0,252$; $p=0,011$) ile arasında ters yönde, Eİİ toplam ($r=0,199$; $p=0,047$) ve GEH toplam ($r=0,252$; $p=0,012$) ile arasında doğrusal yönde anlamlı ilişki bulundu

Tablo 9. İki Uçlu Hastaların Klinik Değişkenleri İle İşlevsellik Arasındaki İlişki - II(*n*=100)

	Subklinik manik belirtiler (YMDÖ)	Subklinik depresif belirtiler (PHQ-9)
BBİÖ toplam		
r	-0,041	**-0,298**
p	0,684	**0,003**
Dİ toplam		
r	0,001	**-0,279**
p	0,994	**0,005**
Zİ toplam		
r	0,080	**-0,283**
p	0,426	**0,004**
Cİ toplam		
r	**0,254**	-0,148
p	**0,011**	0,141
DH toplam		
r	-0,087	**-0,346**
p	0,388	**0,000**
İK toplam		
r	-0,174	**-0,313**
p	0,084	**0,002**
Eİİ toplam		
r	-0,188	-0,136
p	0,061	0,177
Aİ toplam		
r	0,097	-0,168
p	0,339	0,095
TEK toplam		
r	0,079	-0,100
p	0,433	0,324
GEH toplam		
r	**-0,198**	-0,179
p	**0,048**	0,075
İAPK toplam		
r	**0,219**	0,059
p	**0,028**	0,558
İŞ toplam		
r	**-0,257**	-0,131
p	**0,015**	0,217

Spearman korelasyon analizi
BBİÖ toplam: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Toplamı
Dİ toplam: Duygusal İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Zİ toplam: Zihinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Cİ toplam: Cinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
DH toplam: Damgalanma Hissi Alt Ölçeği Toplamı
İK toplam: İçe Kapanıklık Alt Ölçeği Toplamı
Eİİ toplam: Ev İçi İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
Aİ toplam: Arkadaşlarıyla İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
TEK toplam: Toplumsal Etkinliklere Katılım Alt Ölçeği Toplamı
GEH toplam: Günlük Etkinlikler ve Hobiler Alt Ölçeği Toplamı
İAPK toplam: İnsiyatif Alma ve Potansiyelini Kullanabilme Alt Ölçeği Toplamı
YMDÖ: Young Mani Ölçeği
PHQ-9: Patient Health Qestionara-9

İUB'nin subklinik belirtilerine baktığımız zaman BBİÖ toplam puanı ile YMDÖ puanı arasında anlamlı ilişki saptanmazken. YMDÖ puanı ile Cİ toplam (r=0,254; p=0,011) ve İAPK toplam (r=0,219; p=0,028) alt ölçekleri arasında doğrusal, GEH toplam (r=-0,198; p=0,048) ve İş toplam (r=-0,257; p=0,015) alt ölçekleri arasında ters ilişki bulunmuştur. PHQ-9 puanı ile BBİÖ(r=-0,298; p=0,003) toplam arasında ters yönde ilişki saptanmıştır. Aynı zamanda alt ölçeklerlerden Dİ toplam (r=-0,279; p=0,005) , Zİ toplam (p=-0,283; p=0,004), DH toplam (r=-0,346; p=0,000), İK toplam(r=-0,313; p=0,002) ile PHO-9 ölçek puanı arasında ters yönde ilişki olduğu görülmüştür.

4.5. PSİKİYATRİK EŞ TANI VARLIĞI İLE İŞLEVSELLİK İLİŞKİSİ

Tablo 10. İki Uçlu Hastalarda Ek Psikiyatrik Hastalık İle İşlevsellik Arasındaki İlişki-1 (*n*=100)

	Psikiyatrik eş tanı varlığı	
	r	P
BBİÖ toplam	-0,348	**0,000**
Dİ toplam	-0,205	**0,041**
Zİ toplam	-0,215	**0,027**
Cİ toplam	-0,221	**0,027**
DH toplam	-0,360	**0,000**
İK toplam	-0,260	**0,009**
Eİİ toplam	-0,115	0,255
Aİ toplam	-0,269	**0,007**
TEK toplam	-0,191	0,057
GEH toplam	-0,079	0,435
İAPK toplam	0,023	0,823
İş toplam	-0,161	0,129

Spearman korelasyon analizi
BBİÖ toplam: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Toplamı
Dİ toplam: Duygusal İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Zİ toplam: Zihinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Cİ toplam: Cinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
DH toplam: Damgalanma Hissi Alt Ölçeği Toplamı
İK toplam: İçe Kapanıklık Alt Ölçeği Toplamı
Eİİ toplam: Ev İçi İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
Aİ toplam: Arkadaşlarıyla İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
TEK toplam: Toplumsal Etkinliklere Katılım Alt Ölçeği Toplamı
GEH toplam: Günlük Etkinlikler ve Hobiler Alt Ölçeği Toplamı
İAPK toplam: İnsiyatif Alma ve Potansiyelini Kullanabilme Alt Ölçeği Toplamı

Çalışmaya alınan 100 İUB hastasının %35 inde ek psikiyatrik hastalık olduğu bulunmuştur. Hastaların başka psikiyatrik hastalık eş tanısı varlığı ile işlevsellik puanlarının ilişkisine bakıldığında psikiyatrik eş tanı varlığı ile BBİÖ toplam (r=-0,348; p=0,000) puanlarının ters yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Alt ölçeklerden

Dİ toplam (r=-0,205; p=0,041), Zİ toplam (r=-0,215; p=0,027), Cİ toplam (r=-0,221, p=0,027), DH toplam (r=-0,360; p=0,000), İK toplam (-0,260; p=0,009), Aİ toplam (r=-0,269; p=0,007) ile ek psikiyatrik hastalık varlığı arasında ters yönde ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 11. İki Uçlu Hastalarda Ek Psikiyatrik Hastalık İle İşlevsellik Arasındaki İlişki - II (*n*=100)

	BBİÖ	
	r	P
Panik Bozukluk	-0,249	**0,013**
Agorafobili Panik Bozukluk	-0,220	**0,028**
Obsesif Kompulsif Bozukluk	-0,036	0,720
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	0,025	0,807
Agorafobi	-0,074	0,463
Sosyal Fobi	-0,099	0,326
Özgül Fobi	-0,260	**0,009**
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	-0,150	0,135
BTA Anksiyete Bozukluğu	-0,052	0,607
Somataform Bozukluk	-0,133	0,187
Yeme Bozukluğu	-0,226	**0,024**

Spearman korelasyon analizi
BBİÖ toplam: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Toplamı

100 hastanın %3'ünde Panik bozukluk, %2'sinde Agorafobili panik bozukluk, %4'ünde Obsesif kompulsif bozukluk, %2'sinde Travma sonrası stress bozukluğu, % 3'ünde Agorafobi, %1'inde Sosyal fobi, %18'inde Özgül fobi, %4'ünde Yaygın anksiyete bozukluğu, % 11'inde BTA anksiyete bozukluğu, %3'ünde Somatoform bozukluk, %4'ünde yeme bozukluğu eş tanılaraının olduğu izlenmiştir

Eş tanılar tek tek incelendiği zaman Panik bozukluk (r=-0,249; p=0,013), Agorafobili panic bozukluk (r=-0,220; p=0,028), Özgül Fobi (r=-0,260, p=0,009) ve Yeme Bozukluğu (r=-0,226, p=0,024) eştanıları ile BBİÖ toplam puanları arasında ters yönde bir ilişki olduğu görülmüştür.

4.6. ALKOL-MADDE KULANIM BOZUKLUĞU İLE İŞLEVSELLİK İLİŞKİSİ

Tablo 12. İki Uçlu Hastalarda Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu İle İşlevsellik Arasındaki İlişki (*n*=100)

	Alkol kötüye kullanım öyküsü ve/veya eş tanısı	Alkol bağımlılığı öyküsü ve/veya eş tanısı	Madde kötüye kullanım öyküsü ve/veya eş tanısı	Madde bağımlılığı öyküsü ve/veya eş tanısı
BBİÖ toplam				
r	**-0,218**	**-0,265**	0,020	**-0,205**
p	**0,029**	**0,008**	0,841	**0,040**
Dİ toplam				
r	**-0,239**	**-0,260**	0,028	**-0,217**
p	**0,017**	**0,009**	0,779	**0,030**
Zİ toplam				
r	**-0,204**	**-0,248**	0,047	-0,184
p	**0,042**	**0,013**	0,644	0,067
Cİ toplam				
r	**-0,203**	0,023	0,125	0,071
p	**0,043**	0,823	0,214	0,481
DH toplam				
r	**-0,232**	-0,079	-0,058	-0,100
p	**0,020**	0,436	0,564	0,323
İK toplam				
r	-0,189	**-0,267**	0,086	**-0,205**
p	0,059	**0,007**	0,394	**0,041**
Eİİ toplam				
r	-0,173	**-0,262**	-0,049	**-0,209**
p	0,086	**0,008**	0,627	**0,036**
Aİ toplam				
r	**-0,258**	-0,177	0,000	-0,160
p	**0,010**	0,078	1,000	0,113
TEK toplam				
r	-0,115	-0,097	0,016	-0,041
p	0,255	0,338	0,872	0,686
GEH toplam				
r	-0,143	**-0,245**	-0,070	**-0,209**
p	0,157	**0,014**	0,492	**0,037**
İAPK toplam				
r	-0,022	0,061	-0,107	-0,027
p	0,825	0,544	0,288	0,793
İŞ toplam				
r	-0,175	-0,115	-0,032	-0,018
p	0,099	0,279	0,765	0,867

Spearman korelasyon analizi
BBİÖ toplam: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Toplamı
Dİ toplam: Duygusal İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Zİ toplam: Zihinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Cİ toplam: Cinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
DH toplam: Damgalanma Hissi Alt Ölçeği Toplamı
İK toplam: İçe Kapanıklık Alt Ölçeği Toplamı
Eİİ toplam: Ev İçi İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
Aİ toplam: Arkadaşlarıyla İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
TEK toplam: Toplumsal Etkinliklere Katılım Alt Ölçeği Toplamı
GEH toplam: Günlük Etkinlikler ve Hobiler Alt Ölçeği Toplamı
İAPK toplam: İnsiyatif Alma ve Potansiyelini Kullanabilme Alt Ölçeği Toplamı

100 İUB hastasının %9'unda Alkol kötüye kullanımı, %3'ünde Alkol bağımlılığı, %3'ünde Madde kötüye kullanımı, %2'sinde Madde bağımlılığı olduğu görülmüştür. BBİÖ toplam puanları ile Alkol kötüye kullanımı (r=-0,218; p=0,029), Alkol bağımlılığı (r=-0,265; p=0,008), Madde bağımlılığı (r=-0,205; p=0,040) varlığı arasında ters yönde ilişki olduğu izlenmiştir. Alkol kötüye kullanımı ile Dİ toplam (r=-0,239; p=0,017), Zİ toplam (r=-0,204; p=0,042), Cİ toplam (r=-0,203; p=0,043), DH toplam (r=-0,232; p=0,020), Aİ toplam (r=-0,258; p=0,010) alt ölçekleri arasında, Alkol bağımlığı ile Dİ toplam (r=-0,260; p=0,009), Zİ toplam (r=-0,248; p=0,013), İK toplam (r=-0,267; p=0,007), Eİİ toplam (r=-0,262; p=0,008), GEH toplam (r=-0,245; r=0,014) alt ölçekleri arasında ters yönde ilişki bulunmuştur. Madde kötüye kullanımı ile İşlevsellik arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Madde bağımlılığı Dİ toplam (r=-0,217; p=0,030), İK toplam (-0,205; p=0,041), Eİİ toplam (r=-0,209; p=0,036), GEH toplam (r=-0,209; p=0,037) arasında ters yönde ilişki olduğu izlenmiştir.

4.7. MEDİKAL EŞ TANI VARLIĞI İLE İŞLEVSELLİK İLİŞKİSİ

Tablo 13. İki Uçlu Hastalarda Ek Medikal Hastalık İle İşlevsellik Arasındaki İlişki (*n*=100)

	Medikal eş tanı varlığı	
	r	P
BBİÖ toplam	-0,192	0,056
Dİ toplam	-0,012	0,904
Zİ toplam	-0,140	0,166
Cİ toplam	-0,171	0,089
DH toplam	-0,135	0,181
İK toplam	0,090	0,373
Eİİ toplam	-0,012	0,910
Aİ toplam	-0,083	0,409
TEK toplam	-0,159	0,113
GEH toplam	0,138	0,171
İAPK toplam	0,075	0,456
İş toplam	-0,158	0,137

Spearman korelasyon analizi

BBİÖ toplam: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Toplamı
Dİ toplam: Duygusal İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Zİ toplam: Zihinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Cİ toplam: Cinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
DH toplam: Damgalanma Hissi Alt Ölçeği Toplamı
İK toplam: İçe Kapanıklık Alt Ölçeği Toplamı
Eİİ toplam: Ev İçi İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
Aİ toplam: Arkadaşlarıyla İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
TEK toplam: Toplumsal Etkinliklere Katılım Alt Ölçeği Toplamı
GEH toplam: Günlük Etkinlikler ve Hobiler Alt Ölçeği Toplamı
İAPK toplam: İnsiyatif Alma ve Potansiyelini Kullanabilme Alt Ölçeği Toplamı

İUB hastalarında medaikal eş tanı varlığı ile işlevsellik puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,005). Çalışmaya alınan hastaların %62 sinde herhangi bir tıbbi hastalık olduğu görülmüştür. Bunlardan 1'inin epilepsi , 2'sinin migren, 2'sinin geçirilmiş serebrovasküler olay öyküsü, 10'unun diyabetes mellitus, 3'ünün hipertiroidi, 18'inin hipotiroidi, 5'inin diğer bir endokrinolojik hastalık,

2’sinin astım, 5’inin hipertansiyon, 4’ünün diğer bir kardiyolojik hastalık, 5’inin diğer bir solunum yolu hastalığı, 8’inin gastrit, 1’inin reflü, 3’ünün diğer bir batın hastalığı, 5’inin urogenital hastalık, 10’unun cilt hastalığı, 25’inin eklem hastalığı, 8’inin diğer bir tıbbi hastalık tanısına sahip olduğu izlenmiştir.

Alt ölçekler ile tıbbi hastalıkların ilişkisine bakıldığı zaman Cİ toplam ile diyabetes mellitus(r=-0,328; p=0,001) ve hipotiroidi (r=-0,217; p=0,030) arasında, DH toplam ile diğer endokrinolojik hastalıklar (r=-0,239; p=0,017) arasında, Zİ toplam ile hipertansiyon (r=-0,201; p=0,045) ve ürogenital hastalık (r=-0,239; p=0,017) arasında, Dİ toplam ile gastrit (r=-0,232; p=0,020) arasında, İş ile ürogenital hastalık (r=-0,215; p=0,041) arasında ters yönde ilişki olduğu görülmüştür. Cİ toplam ile gastrit (r=0,211; p=0,035) arasında ve İK toplam ile eklem hastalığı (r=0,222; p=0,027) arasında doğrusal yönde ilişki bulunmuştur.

4.8. İLAÇ YAN ETKİSİ VARLIĞI İLE İŞLEVSELLİK İLİŞKİSİ

Tablo 14. İki Uçlu Hastalarda İlaç Yan Etkisi İle İşlevsellik Arasındaki İlişki (*n*=100)

	UKU toplam	UKU 1	UKU 2	UKU 3	UKU 4
BBİÖ toplam					
r	**-0,546**	**-0,578**	**-0,245**	**-0,197**	**-0,293**
p	**0,000**	**0,000**	**0,014**	**0,049**	**0,003**
Dİ toplam					
r	**-0,242**	**-0,331**	0,063	-0,034	-0,072
p	**0,015**	**0,001**	0,531	0,736	0,475
Zİ toplam					
r	**-0,492**	**-0,489**	**-0,245**	**-0,279**	**-0,215**
p	**0,000**	**0,000**	**0,014**	**0,005**	**0,032**
Cİ toplam					
r	**-0,274**	-0,172	-0,082	-0,121	**-0,035**
p	**0,006**	0,086	0,416	0,231	**0,001**
DH toplam					
r	**-0,565**	**-0,535**	**-0,210**	**-0,335**	**-0,260**
p	**0,000**	**0,000**	**0,036**	**0,001**	**0,009**
İK toplam					
r	**-0,344**	**-0,419**	-0,115	-0,025	**-0,237**
p	**0,000**	**0,000**	0,256	0,802	**0,017**
Eİİ toplam					
r	**-0,291**	**-0,390**	-0,096	-0,118	-0,038
p	**0,003**	**0,000**	0,341	0,241	0,706
Aİ toplam					
r	**-0,272**	**-0,333**	-0,117	-0,061	-0,100
p	**0,006**	**0,001**	0,246	0,545	0,322
TEK toplam					
r	**-0,334**	**-0,286**	**-0,198**	-0,150	**-0,245**
p	**0,001**	**0,004**	**0,048**	0,135	**0,014**
GEH toplam					
r	**-0,231**	**-0,321**	-0,152	-0,035	-0,096
p	**0,021**	**0,001**	0,131	0,727	0,345
İAPK toplam					
r	-0,022	-0,037	-0,040	-0,024	-0,024
p	0,830	0,718	0,693	0,814	0,811
İŞ toplam					
r	-0,191	**-0,213**	-0,026	-0,095	-0,086
p	0,071	**0,044**	0,809	0,374	0,418

Spearman korelasyon analizi
BBİÖ toplam: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Toplamı
Dİ toplam: Duygusal İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Zİ toplam: Zihinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Cİ toplam: Cinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
DH toplam: Damgalanma Hissi Alt Ölçeği Toplamı
İK toplam: İçe Kapanıklık Alt Ölçeği Toplamı
Eİİ toplam: Ev İçi İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
Aİ toplam: Arkadaşlarıyla İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
TEK toplam: Toplumsal Etkinliklere Katılım Alt Ölçeği Toplamı
GEH toplam: Günlük Etkinlikler ve Hobiler Alt Ölçeği Toplamı
İAPK toplam: İnsiyatif Alma ve Potansiyelini Kullanabilme Alt Ölçeği Toplamı
UKU: UKU (Udvalget for Kliniske Undersegelser) Yan Etki Değerlendirme Ölçeği

Koruma tedavisi ile iyileşme döneminde olan hastaların ilaç yan etkileri psikiyatrik (UKU 1), nörolojik (UKU 2), otonomik (UKU 3) ve diğer yan etkileri (UKU 4) değerlendiren 4 alt ölçekten oluşan, bu alt ölçeklerin toplanması ile UKU toplam puanı elde edilen UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirildi. UKU toplam puanı ile BBİÖ (r=-0,546; p= 0,000) toplam puanı, alt ölçeklerden Dİ toplam (r=-0,242; p=0,015), Zİ toplam (r=-0,492; p=0,000), Cİ toplam (r=-0,274; p=0,006), DH toplam (r=-0,565; p=0,000), İK toplam (r=-0,344; p=0,000), Eİİ toplam (r=-0,291; p=0,003), Aİ toplam (r=-0,272; p=0,006), TEK topalm (r=-0,334; p=0,001), GEH toplam (r=-0,231; p=0,021) puanları arasında ters yönde anlamlı ilişki olduğu görüldü. UKU 1 alt ölçeği ile BBİÖ toplam (r=-0,578; r=0,000) puanı ve Dİ toplam (r=-0,331; p=0,001), Zİ toplam (r=-0,489; p=0,000), DH toplam (r=-0,535, p=0,000) İK toplam (r=-0,419; p=0,000), Eİİ toplam (r=-0,390; p=0,000), Aİ toplam (r=-0,333; p=0,001), TEK toplam (r=-0,286; p=0,004), GEH toplam (r=-0,321; p=0,001), İş toplam (r=-0,213; p=0,044) alt ölçek puanları arasında ters yönde anlamlı koralasyon bulundu. UKU 2 alt ölçeği puanları ile BBİÖ toplam (r=-0,245; p=0,014), Zİ toplam (r=-0,245; p=0,014), DH toplam (r=-0,210; p=0,036), TEK toplam (r=-0,198; p=0,048) puanları arasında, UKU 3 alt ölçek puanları ile BBİÖ toplam (r=-0,197; 0,049), Zİ toplam (r=-0,279; p=0,005) ve DH toplam (r=-0,335; p=0,001) puanları arasında ters yönde ilişki olduğu saptandı. Diğer yan etkileri değerlendiren UKU 4 alt ölçeği puanları ile BBİÖ toplam (r=-0,239; p=0,003), Zİ toplam (r=-0,215; p=0,032), Cİ toplam (r=-0,035; p=0,001), DH toplam (r=-0,260; p=0,009), İK toplam (r=-0,232; p= 0,017), TEK toplam (r=-0,245; p=0,014) puanları arasında ters yönde anlamlı ilişki bulundu.

4.9. TEDAVİ UYUMU İLE İŞLEVSELLİK İLİŞKİSİ

Tablo 15. İki Uçlu Hastalarda Tedaviye Uyum İle İşlevsellik Arasındaki İlişki (*n*=100)

	Şu anki tedavi uyumu(iyi-bozuk)	
	r	p
BBİÖ toplam	0,006	0,955
Dİ toplam	0,054	0,596
Zİ toplam	0,093	0,358
Cİ toplam	0,093	0,357
DH toplam	0,069	0,496
İK toplam	-0,070	0,486
Eİİ toplam	0,011	0,914
Aİ toplam	-0,032	0,755
TEK toplam	0,006	0,950
GEH toplam	-0,018	0,859
İAPK toplam	0,029	0,776
İş toplam	0,170	0,108

Spearman korelasyon analizi
BBİÖ toplam: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Toplamı
Dİ toplam: Duygusal İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Zİ toplam: Zihinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Cİ toplam: Cinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
DH toplam: Damgalanma Hissi Alt Ölçeği Toplamı
İK toplam: İçe Kapanıklık Alt Ölçeği Toplamı
Eİİ toplam: Ev İçi İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
Aİ toplam: Arkadaşlarıyla İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
TEK toplam: Toplumsal Etkinliklere Katılım Alt Ölçeği Toplamı
GEH toplam: Günlük Etkinlikler ve Hobiler Alt Ölçeği Toplamı
İAPK toplam: İnsiyatif Alma ve Potansiyelini Kullanabilme Alt Ölçeği Toplamı

Tedavi uyumu ile işlevsellik toplam puanı ve işlevsellik alanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

4.10. İNTİHAR DAVRANIŞI ÖYKÜSÜ İLE İŞLEVSELLİK İLİŞKİSİ

Tablo 16. İki Uçlu Hastalarda İntihar Girişimi Öyküsü İle İşlevsellik Arasındaki İlişki (*n*=100)

	İntihar girişimi öyküsü	
	r	P
BBİÖ toplam	-0,036	0,725
Dİ toplam	-0,015	0,881
Zİ toplam	0,039	0,703
Cİ toplam	-0,113	0,261
DH toplam	0,012	0,907
İK toplam	0,130	0,198
Eİİ toplam	-0,026	0,796
Aİ toplam	-0,107	0,289
TEK toplam	-0,041	0,688
GEH toplam	-0,068	0,500
İAPK toplam	0,030	0,770
İş toplam	0,047	0,657

Spearman korelasyon analizi
BBİÖ toplam: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Toplamı
Dİ toplam: Duygusal İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Zİ toplam: Zihinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Cİ toplam: Cinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
DH toplam: Damgalanma Hissi Alt Ölçeği Toplamı
İK toplam: İçe Kapanıklık Alt Ölçeği Toplamı
Eİİ toplam: Ev İçi İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
Aİ toplam: Arkadaşlarıyla İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
TEK toplam: Toplumsal Etkinliklere Katılım Alt Ölçeği Toplamı
GEH toplam: Günlük Etkinlikler ve Hobiler Alt Ölçeği Toplamı
İAPK toplam: İnsiyatif Alma ve Potansiyelini Kullanabilme Alt Ölçeği Toplamı

İki uçlu hastalarda daha önce intihar girişimi öyküsü bulunması ile işlevsellik puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,005$).

4.11. SOSYAL DESTEK İLE İŞLEVSELLİK İLİŞKİSİ

Tablo 17. İki Uçlu Hastalarda Algılanan Sosyal Destek İle İşlevsellik Arasındaki İlişki (*n*=100)

	ÇBASDÖ toplam	ÇBASDÖ aile	ÇBASDÖ arkadaş	ÇBASDÖ diğer önemli insanlar
BBİÖ toplam				
r	**0,505**	**0,293**	**0,471**	**0,300**
p	**0,000**	**0,003**	**0,000**	**0,002**
Dİ toplam				
r	0,176	**0,218**	0,145	0,099
p	0,080	**0,029**	0,150	0,329
Zİ toplam				
r	0,161	0,015	0,148	0,111
p	0,110	0,880	0,141	0,273
Cİ toplam				
r	0,190	0,123	**0,244**	0,126
p	0,058	0,223	**0,014**	0,211
DH toplam				
r	**0,378**	**0,223**	**0,229**	**0,325**
p	**0,000**	**0,026**	**0,022**	**0,001**
İK toplam				
r	**0,453**	**0,276**	**0,450**	**0,323**
p	**0,000**	**0,006**	**0,000**	**0,001**
Eİİ toplam				
r	**0,331**	**0,331**	0,112	**0,211**
p	**0,001**	**0,001**	0,267	**0,035**
Aİ toplam				
r	**0,452**	0,187	**0,579**	**0,221**
p	**0,000**	0,062	**0,000**	**0,027**
TEK toplam				
r	**0,253**	-0,051	**0,458**	0,100
p	**0,011**	0,612	**0,000**	0,322
GEH toplam				
r	0,185	**0,219**	0,082	0,124
p	0,065	**0,029**	0,419	0,218
İAPK toplam				
r	0,125	0,013	0,128	0,141
p	0,215	0,897	0,206	0,162
İŞ toplam				
r	**0,312**	**0,273**	**0,227**	0,184
p	**0,003**	**0,009**	**0,031**	0,082

Spearman korelasyon analizi
BBİÖ toplam: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Toplamı
Dİ toplam: Duygusal İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Zİ toplam: Zihinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Cİ toplam: Cinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
DH toplam: Damgalanma Hissi Alt Ölçeği Toplamı
İK toplam: İçe Kapanıklık Alt Ölçeği Toplamı
Eİİ toplam: Ev İçi İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
Aİ toplam: Arkadaşlarıyla İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
TEK toplam: Toplumsal Etkinliklere Katılım Alt Ölçeği Toplamı
GEH toplam: Günlük Etkinlikler ve Hobiler Alt Ölçeği Toplamı
İAPK toplam: İnsiyatif Alma ve Potansiyelini Kullanabilme Alt Ölçeği Toplam
ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)

Hastaların algıladıkları sosyal desteği ölçmek amacı ile uyguladığımız ÇBASDÖ ile işlevsellik ilişkisini inceledik. ÇBASDÖ, aileden, arkadaşlardan ve aile-arkadaşlar dışında kalan diğer önemli insanlardan alınan sosyal desteği ölçen 3 alt ölçekten oluşur. Bu alt ölçeklerin toplamı ile ÇBASDÖ toplam puanı elde edilir. BBİÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ toplam (r=0,505; p=0,000), ÇBASDÖ aile (r=0,293; p=0,003), ÇBASDÖ arkadaş (r=0,471; p=0,000) ve ÇBASDÖ diğer önemli insanlar (r=0,300; p=0,002) arasında doğrusal yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Alt ölçekler tek tek incelendiğinde ÇBASDÖ aile puanları ile işlevsellik alt ölçeklerinden Dİ toplam (r=0,218; p=0,029), DH toplam (r=0,229; p=0,014), İK toplam (r=0,276; p=0,006), Eİİ toplam (r=0,331; p=0,001), GEH toplam (r=0,219; p=0,029), İş toplam (r=0,273; p=0,009) ile arasında, ÇBASDÖ arkadaş puanları ile Cİ toplam (r=0,244; p=0,014), DH toplam (r=0,229; p=0,022), İK toplam (r=0,450; p=0,000), Aİ toplam (r=0,579; p=0,000), TEK toplam (r=0,458; p=0,000), İş toplam (r=0,227; p=0,031) arasında doğrusal yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. ÇBASDÖ diğer önemli insanlar puanları ile DH toplam (r=0,325; p=0,001), İK toplam (r=0,323; p=0,001) , Eİİ toplam (r=0,211; p=0,027), Aİ toplam (r=0,221; p=0,027) alt ölçek puanları doğrusal yönde ilişkili bulunmuştur.

4.11. KİŞİLİK İŞLEVİ DÜZEYİ İLE İŞLEVSELLİK İLİŞKİSİ

Tablo 18. İki Uçlu Hastalarda Kişilik İşlevi Düzeyi İle İşlevsellik Arasındaki İlişki (*n*=100)

	Kimlik	Kendini yönetme	Eş duyum	Yakınlık
BBİÖ toplam				
r	**-0,363**	**-0,477**	**-0,394**	**-0,543**
p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Dİ toplam				
r	**-0,315**	**-0,317**	**-0,294**	**-0,330**
p	**0,001**	**0,001**	**0,003**	**0,001**
Zİ toplam				
r	-0,162	**-0,218**	-0,129	-0,190
p	0,107	**0,029**	0,199	0,058
Cİ toplam				
r	0,084	-0,010	0,068	0,000
p	0,406	0,920	0,502	0,999
DH toplam				
r	**-0,254**	**-0,333**	**-0,280**	**-0,363**
p	**0,011**	**0,001**	**0,005**	**0,000**
İK toplam				
r	**-0,332**	**-0,423**	**-0,379**	**-0,519**
p	**0,001**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Eİİ toplam				
r	**-0,244**	**-0,292**	**-0,227**	**-0,337**
p	**0,014**	**0,003**	**0,023**	**0,001**
Aİ toplam				
r	**-0,334**	**-0,402**	**-0,396**	**-0,533**
p	**0,001**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
TEK toplam				
r	**-0,264**	**-0,353**	**-0,346**	**-0,464**
p	**0,008**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
GEH toplam				
r	**-0,329**	**-0,363**	**-0,264**	**-0,376**
p	**0,001**	**0,000**	**0,008**	**0,000**
İAPK toplam				
r	0,045	0,099	0,113	0,021
p	0,658	0,328	0,262	0,832
İŞ toplam				
r	**-0,223**	**-0,375**	**-0,348**	**-0,401**
p	**0,035**	**0,000**	**0,001**	**0,000**

Spearman korelasyon analizi
BBİÖ toplam: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Toplamı
Dİ toplam: Duygusal İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Zİ toplam: Zihinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
Cİ toplam: Cinsel İşlevsellik Alt Ölçeği Toplamı
DH toplam: Damgalanma Hissi Alt Ölçeği Toplamı
İK toplam: İçe Kapanıklık Alt Ölçeği Toplamı
Eİİ toplam: Ev İçi İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
Aİ toplam: Arkadaşlarıyla İlişkiler Alt Ölçeği Toplamı
TEK toplam: Toplumsal Etkinliklere Katılım Alt Ölçeği Toplamı
GEH toplam: Günlük Etkinlikler ve Hobiler Alt Ölçeği Toplamı
İAPK toplam: İnsiyatif Alma ve Potansiyelini Kullanabilme Alt Ölçeği Toplamı

Kişilik işlevi düzeyi boyutları olan kimlik, kendini yönetme, eş duyum ve yakınlık ile işlevsellik arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Kimlik boyutu ile BBİÖ toplam (r=-0,0363; p=0,000) puanı ve Dİ toplam (r=-0,315; p=0,001), DH toplam (r=-0,254; p=0,011), İK toplam (r=-0,332; p=0,001), Eİİ toplam (r=-0,244; p=0,014), Aİ toplam (r=-0,334; p=0,001), TEK toplam (r=-0,264; p=0,008), GEH toplam (r=-0,329; p=0,001), İş toplam (r=-0,223; p=0,035) alt ölçekleri arasında, kendini yönetme ile BBİÖ toplamı (r=-0,477; p=0,000), Dİ toplam (r=-0,317; p=0,001), Zİ toplam (r=-0,218; p=0,029), DH toplam (-r=0,333; p=0,001), İK toplam (r=-0,423; p=0,000), Eİİ toplam (r=-0,292; p=0,003), Aİ toplam (r=-0,402; p=0,000),TEK toplam (r=-0,353; p=0,000), GEH toplam (r=-0,363; p=0,000) İş toplam (r=-0,375; p=0,000) arasında ters yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Benzer şekilde eş duyum boyutu ile BBİÖ toplam (r=-0,394; p=0,000) puanı, Dİ toplam (r=-0,294; p=0,003), DH toplam (r=-0,280; p=0,005), İK toplam (r=-0,379; p=0,000), Eİİ toplam (r=-0,227; p=0,023), Aİ toplam(r=-0,396; p=0,000), TEK toplam(r=-0,349; p=0,000), GEH toplam (r=-0,264; p=0,008), İş toplam (r=-0,348; p=0,001) puanları arasında, yakınlık boyutu ile BBİÖ toplam (r=-0,543; p=0,000), Dİ toplam (r=-0,330; p=0,001), DH toplam (r=-0,363; p=0,000), İK toplam (r=-0,519; p=0,000), Eİİ toplam (r=-0,337; p=0,001), Aİ toplam (r=-0,533; p=0,000), TEK toplam (r=-0,464; p=0,000), GEH toplam (r=-0,376; p=0,000), İş toplam (r=-0,401; p=0,000) puanları arasında ters yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Tablo 19. İki Uçlu Hastalarda Kişilik İşlevi Düzeyi İle İşlevsellik Arasındaki İlişki – II (*n*=100)

	IGD	
	R	p
Kimlik	-0,790	**0,000**
Kendini yönetme	-0,841	**0,000**
Eş duyum	-0,799	**0,000**
Yakınlık	-0,850	**0,000**

Spearman korelasyon analizi
IGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (Global Assessment of Functioning)

Klinisyenin değerlendirmesine dayalı olan ve genel işlevselliği değerlendiren IGD ölçeği skorları ile kişilik işlevi düzeyi boyutlarını oluşturan kimlik (r=-0,790, p=0,000), kendini yönetme (r=-0,841; p=0,000), eş duyum (r=-0,799; p=0,000) ve yakınlık (r=-0,850; p=0,000) öğeleri arasında ters yönde, yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

4.12. KİŞİLİK İŞLEVİ DÜZEYİ BOYUTLARININ İŞLEVSELLİK ÜZERİNE YORDAYIICI ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmamızda işlevsellik üzerine etki eden etmenlerin ortaya konulabilmesi için lineer regresyon analizi uygulandı. Analiz sonucunda ise kişilik işlevi düzeyi boyutlarından yakınlık puanlarının BBİÖ toplam puanı üzerine ters yönde yordayıcı etkisinin olduğu saptanmıştır (β=-0,644; p=0,000). Benzer şekilde Yakınlık puanlarının alt ölçeklerden DH toplam (β=-0,380; p=0,0048), İK toplam(β=-0,593; p=0,001) , Aİ toplam(β=-0,683; p=0,000), TEK toplam(β=-0,582; p=0,002), GEH toplam(β=-0,379; p=0,046) puanlarını negatif olarak yordadığı görülmüştür. Kendini yönetme boyutunun İş toplam(β=-0,493; p=0,028) alt ölçeğini ters yönde, kimlik boyutunun ise TEK toplam(β=0,400; p=0,041) ve İş toplam(β=0,589; p=0,002) alt ölçek puanlarını doğrusal yönde yordadığı bulunmuştur. Kişilik işlevi düzeyi boyutlarından herhangi birinin Dİ toplam, Zİ toplam, Cİ toplam, Eİİ toplam, İAPK

toplam üzerine yordayıcı etkisi saptanmamıştır (P>0,005). Kişilik işlevi düzeyi ile IGD puanlarının ilişkisine bakıldığı zaman kendini yönetme(β=-0,379; p=0,001) ve yakınlık (β=-0,468; p=0,000) boyutlarının IGD skorlarını ters yönde yordadığı görülmüştür.

Tablo 20. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin BBİÖ Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	Standardize olmayan katsayılar		Standardize katsayılar		
Model	B	Standart hata	Beta	T	p
Kimlik	6,718	4,438	,275	1,514	,133
Kendini yönetme	-7,050	3,900	-,348	-1,808	,074
Eş duyum	4,075	3,910	,198	1,042	,300
Yakınlık	-12,012	3,151	-,644	-3,812	**,000**

Bağımlı değişken: Bipolar bozukluk işlevsellik ölçeği toplam(BBİÖ toplam)

Tablo 21. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin Dİ Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	Standardize olmayan katsayılar		Standardize katsayılar		
Model	B	Standart hata	Beta	T	p
Kimlik	-0,122	0,543	-0,047	-0,225	0,822
Kendini yönetme	-0,412	0,478	-0,189	-0,863	0,390
Eş duyum	-0,125	0,479	-0,057	-0,262	0,794
Yakınlık	-0,167	0,386	-0,083	-0,434	0,666

Bağımlı değişken: Duygusal işlevsellik toplam(Dİ toplam)

Tablo 22. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin Zi Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	Standardize olmayan katsayılar		Standardize katsayılar		
Model	B	Standart hata	Beta	T	p
Kimlik	-0,168	0,701	-0,051	-0,240	0,811
Kendini yönetme	-0,148	0,616	-0,419	-1,865	0,065
Eş duyum	0,540	0,617	-0,194	0,874	0,384
Yakınlık	0,089	0,497	-0,035	0,180	0,858

Bağımlı değişken: Zihinsel işlevsellik toplam(Zİ toplam)

Tablo 23. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin Cİ Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	Standardize olmayan katsayılar		Standardize katsayılar		
Model	B	Standart hata	Beta	T	p
Kimlik	2,117	1,231	-0,372	1,720	0,089
Kendini yönetme	-1,450	1,082	-0,306	-1,340	0,183
Eş duyum	0,964	1,085	-0,201	0,889	0,377
Yakınlık	-0,978	0,874	-0,225	-1,118	0,266

Bağımlı değişken: Cinsel işlevsellik toplam(Cİ toplam)

Tablo 24. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin Dh Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	Standardize olmayan katsayılar		Standardize katsayılar		
Model	B	Standart hata	Beta	T	p
Kimlik	0,149	0,811	0,037	0,183	0,855
Kendini yönetme	-0,641	0,712	-0,195	-0,900	0,370
Eş duyum	0,533	0,714	0,159	0,746	0,457
Yakınlık	-1,152	0,576	-0,380	-2,002	**0,048**

Bağımlı değişken: Damgalanma hissi toplam(DH toplam)

Tablo 25. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin İK Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	Standardize olmayan katsayılar		Standardize katsayılar		
Model	B	Standart hata	Beta	T	p
Kimlik	0,590	0,489	0,224	1,207	0,230
Kendini yönetme	-0,640	0,430	-0,292	-1,489	0,140
Eş duyum	0,329	0,431	0,148	0,765	0,446
Yakınlık	-1,194	0,347	-0,593	-3,439	**0,001**

Bağımlı değişken: İçe kapanıklık toplam(İK toplam)

Tablo 26. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin Eİİ Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	Standardize olmayan katsayılar		Standardize katsayılar		
Model	B	Standart hata	Beta	T	p
Kimlik	0,154	1,080	0,030	0,142	0,887
Kendini yönetme	-1,303	0,949	-0,302	-1,373	0,173
Eş duyum	1,051	0,952	0,240	1,104	0,272
Yakınlık	-1,145	0,767	-0,289	-1,493	0,139

Bağımlı değişken: Ev içi ilişkiler toplam(Eİİ toplam)

Tablo 27. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin Aİ Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	Standardize olmayan katsayılar		Standardize katsayılar		
Model	B	Standart hata	Beta	T	p
Kimlik	1,347	0,764	0,321	1,763	0,081
Kendini yönetme	-0,182	0,672	-0,052	-0,271	0,787
Eş duyum	-0,336	0,673	-0,095	-0,499	0,619
Yakınlık	-2,192	0,543	-0,683	-4,039	**0,000**

Bağımlı değişken: Arkadaş ilişkileri toplam(Aİ toplam)

Tablo 28. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin TEK Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	Standardize olmayan katsayılar		Standardize katsayılar		
Model	B	Standart hata	Beta	T	p
Kimlik	2,435	1,175	0,400	2,073	**0,041**
Kendini yönetme	-1,156	1,033	-0,228	-1,120	0,266
Eş duyum	-0,049	1,035	-0,010	-0,047	0,962
Yakınlık	-2,713	0,834	-0,582	-3,252	**0,002**

Bağımlı değişken: Toplumsal etkinliklere katılım toplam(TEK toplam)

Tablo 29. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin GEH Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	Standardize olmayan katsayılar		Standardize katsayılar		
Model	B	Standart hata	Beta	t	P
Kimlik	-0,034	0,928	-0,007	-0,037	0,971
Kendini yönetme	-1,248	0,815	-0,327	-1,531	0,129
Eş duyum	1,306	0,818	0,337	1,597	0,114
Yakınlık	-1,330	0,659	-0,379	-2,091	**0,046**

Bağımlı değişken: Günlük etkinlikler ve hobiler toplam(GEH toplam)

Tablo 30. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin İAPK Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	Standardize olmayan katsayılar		Standardize katsayılar		
Model	B	Standart hata	Beta	t	P
Kimlik	-0,416	0,519	-0,173	-0,803	0,424
Kendini yönetme	0,284	0,456	0,142	0,623	0,535
Eş duyum	0,807	0,457	0,397	1,766	0,081
Yakınlık	-0,400	0,368	-0,217	-1,087	0,280

Bağımlı değişken: İnsiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme toplam(İAPK toplam)

Tablo 31. Kişilik İşlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin İs Toplam Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	Standardize olmayan katsayılar		Standardize katsayılar		
Model	B	Standart hata	Beta	t	p
Kimlik	1,603	0,571	0,589	2,805	**0,006**
Kendini yönetme	-1,147	0,513	-0,493	-2,235	**0,028**
Eş duyum	-0,333	0,506	-0,144	-0,659	0,512
Yakınlık	-0,660	0,414	-0,312	-1,595	0,115

Bağımlı değişken: İş toplam

Tablo 32. Kişilik Işlevi Düzeyi Boyutlarının Her Birinin IGD Puanı Üzeine Yordayıcı Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

	Standardize olmayan katsayılar		Standardize katsayılar		
Model	B	Standart hata	Beta	T	p
Kimlik	-0,759	1,562	0,049	-0,479	0,633
Kendini yönetme	-4,835	1,392	-0,379	-3,473	**0,001**
Eş duyum	-0,481	1,396	-0,037	-0,344	0,731
Yakınlık	-5,493	1,125	-0,468	-4,883	**0,000**

Bağımlı değişken: IGD

5. TARTIŞMA

İUB hastalarının ötimik dönemde işlevsellik düzeylerinin ve işlevselliklerindeki bozulmayı etkileyen etmenlerin araştırıldığı bu çalışmada İUB hastalarının ötimik dönemde bile işlevselliklerinde bozulma olduğu görülmüştür. İşlevselliği etkileyen etmenler değerlendirildiğinde özellikle geçirilmiş psikotik dönem varlığının, psikiyatrik eş tanı varlığının, alkol- madde kullanım bozukluğunun, algılanan sosyal desteğin, ilaç yan etkisinin ve son olarak da kişilik işlevi düzeylerinin birçok alanda işlevselliği etkilediği görülmüştür. Aynı zamanda kişlik işlevi düzeylerindeki düşüşün, bozulmuş işlevselliği yordadığı saptanmıştır. Bu çalışma kişinin kendisinin ve ötekini anlama yolu olan kişilik işlevi düzeyinin, ötimik dönemde İUB' da işlevsellik üzerine olan etkisinin araştırıldığı ülkemizde yapılan ilk çalışmadır.

Çalışmamıza Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğinde takip edilmekte olan 60'ı (%60) kadın ve 40'ı (%40) erkek olmak üzere toplam 100 BP-I tanılı hasta dâhil edildi. Hasta grubunun sosyodemografik özellkleri incelendiği zaman ortalama eğitim süresi 11,59±3,92 yıl olarak saptanmış olup eğitim durumunun ülkemizde yapılan diğer çalışmalar ile uyumlu olduğu görülmüştür (Turhan, 2007; Uslu, 2012). Hastaların %94'ünün orta sosyoekonomik düzeye sahip olduğu (%53 orta-alt, %41 orta-üst); %43'ünün tam zamanlı bir işle uğraştığı (memur- işçi-öğrenci), %15'inin ev kadını, %10'unun emekli, %14'ünün şu anda işsiz, %18'inin ise aktif olarak bir işte çalışamıyor olduğu izlenmiştir. Literatüre baktığımız zaman İUB' nin sosyoekonomik durumla ilişkisinin net olmadığı, İUB tanılı hastaların üst sosyoekonomik düzeyde olduğu yönünde bilgiler olmakla birlikte bu veriler kesin olamadığı görülmüştür (Işık 2003, Güleç ve Köroğlu 2007). Bu çalışmalarda sosyoekonomik düzeyi düşük hastaların çalışma dışında bırakıldığı ve bizim çalışmamızın belli sosyokültürel düzeydeki toplum kesimine hizmet veren üçüncü basamak bir eğitim araştırma hastanesinde yapılmış olması veriler incelenirken göz önünde bulundurulması gereken bir durum olarak değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmalarda İUB hastalarında çalışmama oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (Rihmer ve Angst, 2007, Barquero ve ark. 2007). Bizim

araştırmamızda şu anda işsiz olanların oranı %14, herhangi bir işte çalışamıyor olanların oranı %18, emeklilerin oranı %10 olarak ortalama bir seviyede bulunmuştur. Bu durumun, çalışmaya alınan örneklem grubunun poliklinikten tedavilerine devam eden ve hastalıkları ile ilgili iç görü sahibi olan hastalardan oluşturulmaları ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmaya alınan hastaların %35'inin bekâr, %45'inin evli, %20'sinin dul, ayrı yaşıyor veya boşanmış olduğu bulunmuştur ve olguların sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde medeni durumlarının daha önceki bilgilerle uyumlu olduğu görülmüştür. Literatürde; İUB' de bekâr, birlikte yaşayan, boşanmış ve dulların toplam oranının evlilerin oranından daha yüksek olduğu bildirlmiştir (Bebbington ve Ramana, 1995, Barquero ve ark. 2007). Sivas'ta ayaktan başvuran iyileşme döneminde hastalarla yapılan bir çalışmada, evli olmayanların oranı %63,6 bulunmuştur (Meydan 2010). Bizim çalışmamızda ise bu oranın %55 olduğu görülmüştür. Rihmer, manik ve depresif dönemlerin ayrılma ve boşanmaya neden olabildiğini belirtmiştir (Rihmer ve Angst, 2007). Goldberg ve Ernst ise İUB' de kişiler arası iletişimin bozulduğunu, hastaların sıklıkla ilişki sorunları yaşadığını bildirmişlerdir (Goldberg ve Ernst, 2002). Tüm bunlar göz önüne alındığında İUB' de evli olmayanların toplam oranının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2013 verilerine göre kaba boşanma hızı 2013 yılında ‰1,65 olarak gerçekleşmiştir. Yapılan başka bir çalışmada duygudurum bozukluğu hastalarında boşanma oranlarının % 45'lere kadar çıkabildiği bildirilmiştir (Judd ve ark, 1998). Boşanma oranının bizim vakalarımızda topluma oranla oldukça yüksek olması (%17), hastalığın sosyal ve medeni duruma ilişkin bozulmaya yol açması ile ilişkilendirilmiştir.

Örneklemin ortalama yaşı 40,99; ortalama hastalık başlangıç yaşı 25.95 ± 9.34 olup literatürde İUB başlangıç yaşının 15-25 yaşları arasında olduğu bildirilmektedir (Suppes ve ark, 2001). Örneklemin başlangıç yaşı dağılımının literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür. Literatürde, hastalık başlangıcından tedavi başlayıncaya kadar geçen süre ile ilgili farklılıklar bulunmaktadır. İlk hekim başvurusundan yaklaşık 5-6 yıl (3-10 yıl) sonra İUB tanısı konulduğu belirtilmiştir (Işık 2013). Çukurova Üniversitesinde yapılan bir çalışmada ilk belirtiler ile tedavi

arasında geçen süre 123.1 ± 398 gün olarak belirlenmiştir (Turhan 2007). Literatürde bulunan bu farklılığın nedeni ile ilgili olarak ilk dönemin türü, tedaviye ulaşılabilirlik, sosyokültürel düzey gibi değişkenler sorumlu tutulmuştur. Bizim çalışmamızda hasta grubunda İUB tedavisine başlayıncaya kadar geçen süre 1.38 ± 3.84 yıl olarak bulunmuştur. Çalışmamızda hastalık belirtilerinin başlamasıyla sağaltıma başlama arasındaki dönemin fazla olmamasının nedeni; grubun çoğunda ilk atağın mani olması (%54), hasta grubunun orta sosyoekonomik düzeyde, sosyal güvencesi olan, sağaltıma kolay ulaşabilecek bir grup olmasıyla açıklanabilir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ilk dönemi hipomani ve depresyon olan hastaların, ilk dönemi mani olan hastalara oranla daha az tedavi arayışında olduğu görülmüştür (Turhan 2007).

Literatürde hastaların yaşam boyu ortalama 8-10 hastalık dönemi geçirdiği belirtilmekte olup bizim çalışmamızda da bu sonuçlarla uyumlu olarak 8.02 ± 9.00 bulunmuştur. Geniş kapsamlı çalışmalarda İUB hastalarının %15-25'inin intihar girişiminin olduğu belirtilmiştir (Berk ve ark, 2001). Yapılan başka bir çalışmada ise intihar riskinin 20 kat arttığı saptanmıştır (Tondo ve ark, 2003). Bizim çalışmamızda da literatüre benzer olarak hasta grubunda intihar girişim öyküsü oranı %22 bulunmuştur. Çalışmamızda psikotik özellikli dönem görülme oranının %61 olduğu görülmüştür. Türkiye'de 2006 yılında yapılan bir çalışmada İUB 1 hastalarının akut atak dönemlerinde %63'ünün psikotik bulguya sahip olduğu gösterilmiştir (Altındağ ve ark. 2006). Bu bulgunun bizim çalışmamızla benzer olduğu görülmüştür. Örneklemin geçirilmiş karma dönem sayısı 0,16±0,70 olarak, hızlı döngülülük oranı %1 olarak saptanmıştır. Karma dönem oranı ülkemizde İUB' nin kesitsel çalışmasını yapan bir çalışmanın sonucu ile uyumlu bulunmuştur (Turhan 2007). Literatürde İUB'de hızlı döngülülük oranı ile ilgili net bir bilgi olmadığı görüşmüştür. Ülkemizde Akkaya ve arkadaşlarının (2012) 7 coğrafi bölgeden 584 hasta alınarak yaptıkları çalışmada hızlı döngülülük oranı %8,1 olarak bulunmuştur. Fakat % 56 gibi yüksek oranlar bulunan çalışmalarda bildirilmiştir (Maj M ve ark, 1994). Sonuçlardaki uyumsuzluğun, belirli oranda yöntem farklılıklarına ve hızlı döngülülüğün tanımlanmasındaki farklılığa bağlı olduğu öne sürülmüştür. Bizim çalışmamızda hızlı döngülülük oranlarının literatürden düşük çıkmasının nedeni, örneklemin hastanemizin dal polikliniğinden düzenli takip edilen hastalardan

oluşması ve örneklem seçilirken hastaların iyileşme döneminde olmaları şartı aranması olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızdaki hastaların ortalama hastaneye yatış sayıları (2.33 ± 2.94) Akkaya ve arkadaşlarının (2012) çalışması ile uyumlu bulunmuştur.

İUB'de manik veya depresif dönem sonrası klinik belirtiler kontrol altına alındığı zaman kişinin premorbid işlevsellik düzeyine dönmesi beklenir ancak yapılan çalışmalarda iyileşme dönemine giren hastalarda bile sosyal, mesleki, kişiler arası işlevsellikte bozulma olduğu bildirilmiştir (MacQueen ve ark. 2001, Goldberg ve ark. 1995, Coryell ve ark. 1993, Depp ve ark. 2006). DSM-5 atak dönemlerinde hastaların psikososyal işlevselliğinin bozulmasını, İUB tanısının konulması için gerekli tutmaktadır. Bu durum İUB'nin iyileşme olarak kabul edilen ataklar arasındaki dönemde işlevselliğin de ayrıca değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır (İlhan ve Şentürk Cankorur 2014). Çalışmamızda İUB hastalarının işlevsellik düzeylerini değerlendirmek için İUB'a özgü olan 58 maddeden oluşan ve en düşük puanın 58, en yüksek puanın 174 olduğu BBİÖ kullanılmıştır. Örneklemin BBİÖ toplam puanlarının ortalaması 108.12 ± 14.86 olarak bulunmuştur. Alt ölçek ortalamaları için duygusal işlevsellik 7.53 ± 1.59, zihinsel işlevsellik 10.12 ± 2.01, cinsel işlevsellik 7.95 ± 3.47, damgalanma hissi 8.56 ± 2.41, içe kapanıklık 6.62 ± 1.60, ev içi ilişkiler 13.95 ± 3.16, arkadaşlarıyla ilişkiler 11.38 ± 2.55, toplumsal etkinliklere katılım 14.71 ± 3.71, günlük etkinlikler ve hobiler 13.22 ± 2.78, insiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme 4.86 ± 1.47, iş 10.34 ± 1.67 olarak saptanmıştır. Aynı zamanda klinisyenin değerlendirmesine dayalı olan IGD skorları işaretlenmiş ve hastaların IGD skoru ortalaması 62.06 ± 9.35 bulunmuştur. İyileşme döneminde olsalar bile hastaların işlevsellik düzeylerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da İUB hastaların işlevsellik düzeyleri ile ilgili olarak benzer sonuçlar bulunmuştur (Çam ve Çuhadar, 2012). Bu sonuçlar hastalık belirtileri ortadan kalksa bile hastaların eski işlevsellik düzeylerine tam olarak dönemediklerini ve birçok alanda işlevsellik kaybı yaşamaya devam ettiklerini göstermiştir.

İUB'de işlevsellik düzeyini etkileyen etmenlere bakıldığında, hastalık başlangıç yaşı (Tohen ve ark. 2000), hastalık dönemi sayısı (Suppes ve ark. 2000), hızlı döngülülük (Goldberg ve Keck 1999), psikotik ve karma döneme ait semptoların varlığı (Tohen ve ark 1990,2000, Rosa ve ark. 2009), hastane yatış sayısı (Rosa ve ark. 2009), intihar davranışı öyküsü (Hajek ve ark. 2005, Kilbourne ve ark. 2004) gibi klinik değişkenlerin işlevselliği olumsuz etkilemekte olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızın sonuçlarına baktığımız zaman literatürden farklı olarak klinik değişkenler ile işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. BBİÖ toplam skorları ve işlevsellik alt ölçekleri ile hastalık dönemi sayısı, hızlı döngülülük, psikotik özellikli dönem varlığı, karma dönem sayısı ve hastaneye yatış sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmamıştır. Martine-Aran ve arkadaşları (2007) ötimik dönemde olan 77 İUB hastası ile yaptıkları çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde karma ve psikotik özellikli dönem varlığı, hastalık başlangıç yaşı, hastalık dönemi sayısı, hospitalizasyon, intihar girişimi öyküsü, kronisite gibi klinik değişkenler ile işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. Çalışmamızda hastalık başlangıç yaşı ile işlevsellik toplam puanı arasında ilişki görülmezken alt ölçeklerinden olan cinsel işlevsellik ile arasında ters yönde, ev içi ilişkiler, günlük aktiviteler ve hobilere katılım arasında doğrusal yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Şizofreni, İUB gibi özellikle erken gençlik yıllarında başlangıç gösteren ve süreğen seyreden psikiyatrik hastalıklar, kişilerin bireysel ve toplumsal ilişkilerini ciddi düzeyde etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda psikiyatrik hastalığı olan kişilerin problem çözebilme, iletişim, duygularını ifade edebilme ve uygun duygusal yanıt verebilme, rol dağılımı gibi aile hayatları için önemli olacak alanlarda işlev bozukluğu olduğu görülmüştür. Birinci basamak uygulamalarında, İUB tanısı olan hastaların aile hayatlarında artan bozulma olduğu rapor edilmiştir (Das ve ark. 2005). Bireyin toplum ve aile içinde rol dağılımını öğrenebileceği ayrıca kendisine zevk verebilecek günlük aktiviteleri ve hobileri keşfedebileceği erken gençlik yaşlarında ataklar ile giden kronik seyirli psikiyatrik bir hastalık olma özelliği gösteren İUB'nin başlaması, bu alanlarda işlevsellik kaybının yaşanmasını açıklayabilmektedir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada İUB'si olan hastalarda cinsel işlev bozukluğu oldukça yaygın olduğu bulunmuştur. Cinsel işlev bozukluğu sıklığının, yaş, eğitim düzeyi, aile işlevleri ve anksiyete düzeyleri ile

ilişkili olduğu bildirmiştir. Bu hastaların eşlerinde bilinen bir psikiyatrik bozukluk olmamasına rağmen, cinsel işlev bozukluğu hastalarla benzer oranda saptanmıştır (Ceviz 2013). Bizim çalışmamızda hastalık başlangıç yaşının daha ileri olasının kötü cinsel işlevsellik ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu durum daha ileri yaşta başlangıç gösteren hastalarda ek tıbbi hastalık varlığı ve kullanılan ek ilaçlar ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür ancak konunun daha kapsamlı araştırılması gerekmektedir.

Uygun tedaviye rağmen, çok sayıda İUB hastasının hayatlarının çoğunu semptomatik geçirdiklerine dair kanıtların mevcut olduğu görülmüştür (Fava 1997, 1999). Uzunlamasına çalışmalarda subsendromal depresif belirtilerin hipomanik ve karışık belirtilere oranla daha fazla olduğu bildirilmiştir (Post ve ark. 2003, Nolen ve ark. 2004). Birçok yeni çalışma, İUB'de subsendromal belirtilerin hem sosyal hem de mesleki işlevsellikte bozulma ile ilişkili olduğunu göstermeştir. Ayrıca, subsendromal belirtilerin nüks riskini artırdığı görülmüştür (Marangell 2004). Bonnin ve arkadaşlarının (2009) İUB 1 ve İUB II tanısı ölçütlerini karşılayan 32 hasta ile yaptıkları dört yıllık izlem çalışmasında eşik altı depresif belirtilerin, verbal hafıza ve yürütücü işlevler ile ilgili nörokognitif bozulma ile beraber uzun süreli işlevselliği yordayan en belirgin değişkenler olduğunu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak subsendromal depresif bulguların BBİÖ toplam puanı, aynı zamanda alt ölçeklerlerden duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, damgalanma hissi ve içe kapanıklık toplam puanlarını ters yönde etkilediği görülmüştür. Son çalışmalarda subsendromal depresif belirtilerden farklı olarak subsendromal hipomanik ve karma belirtiler işlevsellikte belirgin bozulma ile ilişkilendirilmemiştir (Judd ve ark. 2005). Bizim çalışmamızda subsendromal manik belirtilere bakıldığı zaman BBİÖ toplam puanı ile arasında anlamlı ilişki saptanmazken subsendromal manik belirtilerin cinsel işlevsellik ve insiyatif alma ve potansiyelin kullanma alt ölçeklerini doğrusal, günlük etkinlikler ve hobiler aynı zamanda iş alt ölçek puanlarını ters yönde etkilediği bulunmuştur. Cinsel işlevsellik artışı hipomanide beklenebilecek bir durum olarak, insiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme alanındaki işlevsellik artışı ise tanısal anlamda hipomani belirtilerinden olan amaca yönelik etkinliklerde artma ile ilişkilendirilmiştir. Bazı alanlarda işlevsellik artışı bulunmuşken günlük etkinlikler ve hobilere katılım ve iş alanındaki

işlevsellik azalmasının distraktibilite ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Subsendromal manik belirtilere sahip hastaların bazı alanlarda işlevselliklerinde artışı olduğu görülmüştür ancak bu durum yine de üzerinde önemle durulması gerekilen bir tablodur. Çünkü İUB hastalarının ataklar arasında depresif dönem geliştirme yatkınlıkları hipomaniye oranla 2 kat fazla olduğu; ancak hipomanik belirtilerin başlamasının, takip eden majör bir afektif nüksü, depresif belirtilere oranla 2 kat daha kuvvetli öngördüğü belirtilmiştir. Hipomanik olan hastaların %76' sının, subklinik depresif hastaların ise %39'unun büyük bir nüks yaşadığı görülmüştür (Martin ve ark. 1992).

Daha önce yapılan birçok çalışmada düşük tedavi uyumunun İUB hastalarında sık karşılaşılan bir durum olduğu, bunun artmış rekürrens oranlarını açıklayacağı, kötü ilaç uyumunun işlevselliği olumsuz yönde etkileyeceği bildirilmiştir (Colom ve ark. 2003). Çalışmamıza desen olarak ötimik dönemde olan, hastanemiz dal polikliniğinde takip edilmekte olan hastalar alınmıştır bu nedenle hastalarımızın tedavi uyumlarına baktığımız zaman %92' sinin tedavi uyumunun iyi olduğu, düzenli bir şekilde kontrole geldiği, yeterli dozda ve düzenli ilaç kullandığı görülmüştür. Çalışmamızda tedavi uyumu ile işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır, buna tedavi uyumu iyi olan ve olmayan hastalar arasında sayısal anlamda ciddi bir farklılık olmasının neden olduğu söylenebilir.

Literatürede psikiyatrik ve medikal eş tanı varlığı işlevselliği olumsuz yönde etkileyen etmenler arasında sayılmıştır (Feinman ve Dunner 1996, Kupfer 2005). Çeşitli çalışmalarda İUB' de anksiyete bozukluğu eştanısı varlığının tahminen %50'nin üzerinde yüksek bir orana sahip olduğu bildirilmiştir (Simon ve ark. 2004, Freeman ve ark. 2002). Aynı zamanda İUB' de bulunan yoğun anksiyetenin daha şiddetli bir hastalık dönemini ve kötü prognozu yordadığı gösterilmiştir(Azorin ve ark. 2009). Anksiyete bozukluğunun eşlik etmesi durumunda İUB hastalarında işlevselliğin daha kötü olduğu, daha düşük IGD skorlarına sahip oldukları bulunmuştur (Boylan 2004). Çalışmamızda 100 hastanın 35'ine ek psikiyatrik hastalık tanısı konulmuştur. Hastaların %18'inde özgül fobi, % 11'inde BTA anksiyete bozukluğu, %4'ünde yaygın anksiyete bozukluğu, %4'ünde obsesif kompulsif bozukluk, %4'ünde yeme bozukluğu, %3'ünde panik bozukluk, %3'ünde

somatoform bozukluk, % 3'ünde agorafobi, %2'sinde agorafobili panik bozukluk, %2'sinde travma sonrası stress bozukluğu, , %1'inde sosyal fobi eş tanılaraının olduğu izlenmiştir. İUB hastalarında psikiyatrik eş tanı varlığının işlevsellik üzerine olan etkisine baktığımız zaman, özellikle anksiyete bozuklukları olmak üzere eştanı varlığının literatür ile uyumlu bir şekilde işlevselliği olumsuz etkilediği saptanmıştır. Psikiyatrik eş tanı varlığının BBİÖ toplam puanı, alt ölçeklerden duygusal işlevsellik, zihinsel işlevellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanma, arkadaş ilişkileri toplam puanlarını ters yönde etkilediği görülmüştür. Eş tanılar tek tek incelendiğinde panik bozukluk, agorafobili panik bozukluk, özgül fobi ve yeme bozukluğu eştanılarının işlevsellik toplam puanlarını ters yönde etkilediği bulunmuştur. Örneklemimize baktığımız zaman psikiyatrik eştanıdan farklı olarak İUB hastalarında medikal eş tanı varlığı ile toplam işlevsellik puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmaya alınan hastaların %9'unda alkol kötüye kullanımı, %3'ünde alkol bağımlılığı, %3'ünde madde kötüye kullanımı, %2'sinde madde bağımlılığı eş tanısı veya öyküsü olduğu görülmüştür. Bu oranlar literatürde genel kabül göre oranların altında bulunmuştur, buna çalışmaya alınan hastaların içgörü sahibi, tedavi uyumu iyi olan, düzenli takip edilen hastalardan oluşması olarak yorumlanabilir. Alkol-madde kullanım bozukluğunun işlevsellik ile olan ilişkisine baktığımız zaman alkol kötüye kullanımı, alkol bağımlılığı, madde bağımlılığı eştanısı veya öyküsü varlığı ile işlevsellik toplam puanları arasında ters yönde ilişki olduğu izlenmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda İUB hastalarında eşlik eden alkolizm zayıf psikososyal uyum ve yavaş iyileşmeye neden olduğu görülmüştür. (Strakowski ve ark. 1998, Baethge ve ark. 2005)). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde alkol kötüye kullanımının işlevsellik toplam puanaları yanında duygusal, zihinsel, cinsel işlevselliği, damgalanma hissi ve arkadaş ilişkilerini; alkol bağımlığının ise duygusal, zihinsel işlevselliği, içe kapanıklığı, ev içi ilişkileri, günlük etkinlikler ve hobilere katılımı olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Madde kullanım bozukluğu eştansı olan İUB hastalarının özellikle sosyal işlevselliklerinde anlamlı bozulmaya yaşadıkları, tanı konulmasında zorluk oluştuğu ve manik semptomatolojilerinin daha ağır olduğu yapılan çalışmalarda gözlemlenmiştir (Mazza ve ark. 2009). Bizim çalışmamızda ise literatürden farklı olarak madde kötüye kullanımı ile işlevsellikte

bozulma arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken madde bağımlılığının duygusal işlevselliği, içe kapanıklığı, ev içi ilişkileri, günlük etkinlikler ve hobilere katılımı ters yönde etkilediği saptanmıştır. Alkol ve madde bağımlılığın işlevsellik üzerine olan olumsuz etkisi literatür ile uyumlu ve beklenen bir sonuçtur; ancak alkol kötüye kullanımı işlevsellik ile ters yönde ilişki gösterirken madde kötüye kullanımının göstermemesine, madde kötüye kullanımı olan hasta sayısının anlamlı bir istatiksel ilişkiye olanak vermeyecek şekilde az olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle geniş örneklem ile yapılacak çalışmalarla alkol-madde kullanım bozukluklarının işlevsellik üzerine olan etkisinin daha kapsamlı araştırılması gerekmektedir.

İUB kronik seyir gösteren, ciddi ve sürekli tedavi gerektiren bir hastalıktır. Eşik altı belirtilerin tedavi edilmesi, rekürrensin önlenmesi ve hastaların hastalık öncesi işlevsellik düzeylerine döndürülmesi koruyucu tedavinin temel hedefleridir. Bu amaçla İUB' nin uzun dönemdeki koruyucu tedavisinde çoğu zaman duygudurum düzenleyiciler ya da benzer etki gösteren antipsikotik ilaçlar tek başına kullanılmamakta, kombinasyon tedavisi sıklıkla hastalara uygulanmaktadır. Bu şekilde uzun süreli ve çoğunluk ile kombinasyon tedavisi kullanan hastalarda ilaç yan etkisi oldukça önemli ve değerlendirilmesi gereken bir konudur. Bizim çalışmamızda, ilaç yan etkilerinin işlevsellik üzerine olan ilişkisininin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Koruma tedavisi ile iyileşme döneminde olan hastaların ilaç yan etkileri; psikiyatrik (UKU 1), nörolojik (UKU 2), otonomik (UKU 3) ve diğer yan etkileri (UKU 4) değerlendiren 4 alt ölçekten oluşan, bu alt ölçeklerin toplanması ile UKU toplam puanı elde edilen UKU yan etki değerlendirme ölçeği ile değerlendirilmiştir. UKU toplam puanı ile işlevsellik toplam puanı, alt ölçeklerden duygusal, zihinsel, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanma, ev içi ilişkiler, arkadaş ilişkileri, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobilere katılım arasında ters yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Psikiyatrik yan etki varlığının işlevsellik toplam puanlarını, duygusal ve zihinsel işlevselliği, içe kapanmayı, ev içi ilişkileri, arkadaş ilişkilerini, toplumsal etkinliklere katılımı, günlük etkinlikler ve hobilere katılımı ve iş alanındaki işlevselliği olumsuz etkilediği saptanmıştır. Nörolojik yan etkilerin işlevsellik toplam puanları yanında alt ölçeklerden zihinsel işlevsellik, damgalanma hissi, toplumsal etkinliklere katılımı;

otonomik yan etkilerin ise işlevsellik toplam puanlarını, zihinsel işlevselliği, damgalanma hissini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Psikiyatrik, nörolojik ve otonomik yan etkiler dışında kalan diğer yan etkiler değerlendirildiği zaman işlevsellik toplam puanları, zihinsel ve cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanıklık, toplumsal etkinliklere katılım alt ölçek puanlarını ters yönde etkilediği görülmüştür.

Özellikle son yıllarda ailenin işlevi ve desteği psikiyatrik ve diğer tıbbi hastalıklar açısından oldukça önem kazanmıştır. Hasta ile beraber ailenin de teşhis ve tedaviye etkin bir şekilde katılması, hastalık sürecinin daha sağlıklı yönetilmesini sağlayacağından, özellikle ataklar ile giden ve yaşamda kriz olabilecek bir hastalık olan İUB için temel olduğu bildirilmiştir (Aydın ve Yalçın 1992, Bright1990). Daha önce yapılan çalışmalarda sosyal desteğin, İUB' de işlevsellik üzerine olan etkileri gösterilmiş ve bu konunun hastalığın teşhisi ve tedavisindeki önemi vurgulanmıştır (O'Connell ve ark. 1985, Cohen ve ark. 2004) Aile, arkadaş ve özel kişi desteği hastaların birçok alanda işlevselliklerini etkileyebilmektedir. Johnson ve arkadaşları (2003) İUB hastalarında kötü sosyal desteğin relaps riskini arttırdığını göstermişlerdir. Bizim çalışmamızda hastaların sosyal destek ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile işlevsellik toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; aralarındaki ilişkinin doğrusal yönde olduğu belirlenmiştir. Hastaların sosyal destekleri arttıkça işlevselliklerinin de olumlu yönde artmakta olduğu izlenmiştir. Aile, arkadaş ve diğer önemli insanlardan alınan destek arttıkça işlevselliğin daha iyi olduğu saptanmıştır.

Kişilik bozukluğu yaygınlığı daha önce İUB hastalarında sıkça çalışılan bir konu olmuştur. Bu konuda yapılan epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde İUB olan hastalarda kişilik bozukluğu ek tanısının %9 - %89 arasında değiştiği görülmüştür (Altındağ ve ark. 2006). 52 İUB' ye sahip hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaların %38'inde en az bir kişilik bozukluğu saptanmıştır (Kay ve ark. 2002). 2008 yılında İUB ve kişilik bozukluğu birlikteliği ile ilgili yayınlanan bir derlemede 1980 ile 2006 yılları arasında Pubmed'de yayınlanmış 32 makale gözden geçirilmiştir. Bu derlemede İUB hastalarında kişilik bozukluğu görülme oranın genel

populasyonda daha yüksek olduğu, kişilik bozukluğu birlikteliğinin tedaviye yanıtı ve hastalığın seyrini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Fan ve Hassel, 2008).

Kişilik bozuklukları kişinin kendisi ve başkaları hakkında düşünme ve hissetme yolları ile ilişkilidir, bireyin hayatın birçok alanında nasıl fonksiyon gösterdiğini önemli ölçüde ve olumsuz yönde etkileyebilir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013). DSM 5 kişilik bozukluklarına genel anlamda birkaç önemli değişiklik ve temel olarak yeni bir yaklaşım getirmiştir. Bu yeni yaklaşım işlevselliği oldukça önemli bir noktada tutmaktadır. Bir kişilik bozukluğunun çekirdek ölçütü, sürekli bir dağılım içinde olduğu varsayılan kendilik ve kişilerarası işlevde önemli bozukluk olarak görülür. DSM-5 Bölüm III de kişilik bozukluklarını kavramsallaştırılırken kendilik işlevi, kimlik ve kendini yönetme olmak üzere iki yapı tarafından; kişilerarası işlev ise eş duyum ve yakınlık temel alınarak tanımlanmaktadır (Schmeck ve ark. 2013).

Kişilik işlevinin değerlendirilmesi kişilik yapısının psikanalitik kavramına dayanır. Kernberg kişilik işlevinin farklı düzeylerini, kendi deyimi ile kişilik örgütlenmesinin (nevrotik, sınır, psikotik) düzeyini ayırt etmek amacı ile kimlik, ruhsal savunmalar ve gerçeklik testi alanlarını birleştiren ilk kişidir. Kernberg'e göre, borderline ve diğer ağır kişilik bozukluğu olan hastaların çekirdek patolojisi kimlik bütünleşmesinde bir bozulma bulunabilmesidir. Onun temel varsayımı, doğuştan geldiği varsayılan saldırganlık ve/veya olumsuz çocukluk deneyimleri nedeni ile kendilik ve ötekinin içselleştirilmiş yönleri, kendilik ve ötekinin bütün (entegre pozitif ve negatif) temsilleri ile bütünleşmiş değildir. Klinik olarak bu kimlik difüzyonu kendini ve ötekini tarif etmekte ciddi zorluklara, ayrıca zamanla kararlı olan benlik duygusu gelişimi, ilgi alanları ve yaşam hedeflerinde sorunlara yol açar. Kimlik difüzyonunun başka bir sonucu kişilerarası ilişkiler alanında ortaya çıkar. Ötekinin bölünmüş temsilleri nedeniyle, sınır hastalar zihinselleştirme yeteneği, empati yeteneği, istikrarlı ilişkiler kurma ve güvenme konusunda bozulma ile karakterizedir. Özellikle yakın ilişkiler sık sık değişen kendilik-durumları (self-state) ve ötekinin idealize ya devalüe görünümleri nedeni ile sıkıntıya girer (Schmeck ve ark. 2013).

Kişilik işlevi düzeyinin, psikiyatrik hastalıkların prognozu ve sonucu ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu yapılan çalışmalar ile doğrulanmıştır. Psikodinamik kökenli Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD) ekseninin kullanıldığı üç çalışmada, bozulmuş kişilik yapısının kötü tedavi sonucunu yordadığı görülmüştür (Rudolf ve ark. 1996, Spitzer ve ark. 2004). Hopwood ve ark.(2011) kişilik bozukluklarının şiddetinin sosyal, iş ve boş zaman işlevselliğinde bozulma ile ilişkili olduğunu, ayrıca bozukluğunun şiddeti boyutunda; en fazla sosyal reddedilme ile zihinsel uğraşı, sosyal beceriksizlik korkusu, yetersizlik duyguları, öfke, kimlik bozukluğu ve paranoid düşüncelerin olduğunu göstermişlerdir. Yakınlık ve sosyal davranışlar kapasitesinde yetersizliğe ek olarak Livesley (2003) istikrarlı ve bütünleşmiş kendilik ve nesne temsillerinde eksikliği, genel kişilik işlevinde bozulmanın üçüncü çekirdek faktörü olarak açıklamıştır.

DSM-5 ile beraber gündeme gelen kişilik işlevi düzeyi ile ilgili daha önce İUB hasta grubunda herhangi bir çalışmaya rastlamadık. Kesebir ve arkadaşlarının (2011) genç erişkin İUB hastalarında kimlik duygusunu inceledikleri çalışmada, İUB hastalarında kimlik duygusu değerlendirme anketi puanları anksiyete bozukluğu olan olgulardan ve sağlıklı bireylerden yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada kimlik ve duygudurum arasında güçlü bir ilişkiden söz edilebileceği savunulmuştur. Çalışmamızda 0 (sağlıklı işlev) ve 4 (şiddetli bozukluk) arasında değişen 5 puanlık ölçekte kişilik işlevini değerlendiren KİD ölçeği kullanarak İUB ‘da kişilik işlevi düzeyinin işlevsellik üzerine olan etkisininin araştırılması hedeflenmiştir. Hastalarımızın kişilik işlevi düzeylerinin ortalamalarına bakıldığı zaman kimlik için 2.00 ± 0.60, kendini yönetme için 1.86 ± 0.73, eş duyum için 1.77 ± 0.72, yakınlık için 1.85 ± 0.79 olarak bulunmuştur. Bu bulgular bize İUB’de kişilik işlevi düzeylerinde hafif-orta düzey arasında bozulma olduğunu, özellikle kimlik boyutunda orta düzeyde bozulma olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda kişilik işlevi düzeyi boyutları olan kimlik, kendini yönetme, eş duyum ve yakınlık ile işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Kimlik, kendini yönetme, eş duyum ve yakınlık boyutlarını tek tek incelediğimiz zaman, bu boyutlardaki bozulmanın hem işlevsellik toplam puanlarını hem de alt ölçekler olarak değerlendirilen işlevselliğin belli alanlarını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Kişilik işlevi düzeyinin işlevsellik üzerine olan etkisini daha ayrıntılı

değerlendirebilmek amacı ile aynı zamanda klinisyenin değerlendirmesine dayalı olan IGD skorları ile kişilik işlevi düzeyi boyutları arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve benzer şekilde kişilik işlevi boyutları ile IGD skorlarının ters yönde ilişkili olduğu görülmüştür. İşlev düzeylerinde düşme oldukça işlevsellik seviyelerinin bozulduğu görülmüştür.

Çalışmamızda işlevsellik üzerine etki eden etmenlerin ortaya konulabilmesi için uygulanan regresyon analizinde kendini yönetme boyutunun iş alanındaki işlevselliği, yakınlık boyutunun ise işlevsellik toplam puanı yanında damgalanma hissi, içe kapanıklık, arkadaş ilişkileri, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobilere ilgi işlevsellik alanlarını ters yönde yordadığı bulunmuştur. Kişinin hedeflerini, davranış standartlarını ve kendisini yansıtma yeteneğini değerlendiren kendini yönetmenin mesleki işlevselliği; diğerleriyle olumlu bağlantıların süresi ve derinliğini, yakınlık kapasitesi ve isteğini, kişiler arası davranışta yansıtılan samimiyetin karşılıklı oluşunu değerlendiren yakınlık boyutunda bozulmanın ise özellikle kötü sosyal işlevselliği yordadığı gözlenmiştir. İUB' de iyileşme döneminde sosyal ve mesleki işlevselliğin önemi göz önün alındığı zaman kendini yönetme ve yakınlık boyutlarının idame tedavi ve hastaya yaklaşımda önemsenmesi ve üzerinde durulması gerekli bir konular olduğu söylenebilir.

Özet olarak; çalışmamızda İUB hastalarının işlevsellik düzeylerinde bozulma olduğu görülmüştür. Yapılan son çalışmalarda iyileşme döneminde işlevsellik üzerinde önemle durulmuş ve İUB tedavisinde işlevsellik düzeylerinin hastalık öncesi döneme getirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Çalışmamızda işlevsellik alanındaki bozulmaya neden olan etmenlerler incelendiğinde özellikle geçirilmiş psikotik dönem varlığının, psikiyatrik eş tanı varlığının, alkol- madde kullanım bozukluğunun, algılanan sosyal desteğin, ilaç yan etkisinin ve son olarak da kişilik işlevi düzeyinin işlevsellik üzerindeki etkisi görülmüştür. Gençlik yıllarında başlayan ve kronik bir şekilde devam eden bir ruhsal rahatsızlık ister istemez kişinin kendine ve diğerlerine bakışını ciddi biçimde sarsacaktır. Kendilik ve kişilerarası ilişkilerin zihinsel temsili; bir taraftan tedavinin etkinliğini, hastalığın gidişini aynı zamanda ruh sağlığı çalışanları ile olan etkileşimin doğasını belirlerken diğer taraftan da işlevsellik üzerine belirgin olarak etki etmektedir. Bu nedenle İUB'de kişilik işlevi

düzeylerinin değerlendirilmesi hem hastaların daha ayrıntılı bir şekilde anlaşılıp, değerlendirilmesine hem de işlevselliği de içine alacak şekilde tedavi planının belirlenmesi konusunda yardımcı olacaktır.

6. SONUÇLAR

1. İyilik dönemindeki İUB-I tanılı hastaların işlevsellik düzeylerini değerlendirmek için İUB'a özgü olan BBİÖ kullanılmış ve iyileşme döneminde olsalar bile hastaların işlevsellik düzeylerinin orta düzeyde olduğu, hastalık belirtileri ortadan kalksa bile hastaların eski işlevsellik düzeylerine tam olarak dönemediklerini ve birçok alanda işlevsellik kaybı yaşamaya devam ettiklerini görülmüştür.

2. İyilik dönemindeki İUB-I tanılı hastaların literatürden farklı olarak klinik değişkenlerden hastalık dönemi sayısı, hızlı döngülülük, psikotik özellikli dönem varlığı, karma dönem sayısı ve hastaneye yatış sayısı ile işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

3. İyilik dönemindeki İUB-I tanılı hastalarda hastalık başlangıç yaşı ile cinsel işlevsellik arasında ters yönde, ev içi ilişkiler, günlük aktiviteler ve hobilere katılım arasında doğrusal yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

4. İyilik dönemindeki İUB-I tanılı hastalarda subsendromal depresif bulguların işlevselliği pek çok alanda ters yönde etkilediği görülmüştür. Subsendromal manik belirtilerin ise cinsel işlevsellik ve insiyatif alma ve potansiyelin kullanma alanlarındaki işlevselliği doğrusal, günlük etkinlikler ve hobiler aynı zamanda iş alanındaki işlevselliği ters yönde etkilediği bulunmuştur.

5. İyilik dönemindeki İUB-I tanılı hastaların tedaviye uyum oranları %92 olarak bulunmuştur ve tedavi uyumu ile işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

6. İyilik dönemindeki İUB-I tanılı hastaların psikiyatrik eş tanı varlığının işlevsellik üzerine olan etkisine baktığımız zaman, özellikle anksiyete bozuklukları olmak üzere eştanı varlığının birçok alanda işlevselliği olumsuz etkilediği saptanmıştır.

7. Çalışmaya alınan hastaların %9'unda alkol kötüye kullanımı, %3'ünde alkol bağımlılığı, %3'ünde madde kötüye kullanımı, %2'sinde madde bağımlılığı eş

tanısı veya öyküsü olduğu görülmüştür. Alkol kötüye kullanımı, alkol bağımlılığı, madde bağımlılığı eştanısı veya öyküsü varlığının pek çok alanda işlevselliği ters yönde etkilediği bulunmuş ancak madde kötüye kullanımı ile işlevsellik arasında ilişki saptanmamıştır

8. Koruma tedavisi ile iyileşme döneminde olan hastaların ilaç yan etkileri; psikiyatrik (UKU 1), nörolojik (UKU 2), otonomik (UKU 3) ve diğer yan etkileri (UKU 4) değerlendiren 4 alt ölçekten oluşan, bu alt ölçeklerin toplanması ile UKU toplam puanı elde edilen UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Psikiyatrik, nörolojik, otonomik ve diğer yan etki varlığının işlevselliği birden çok alanda olumsuz yönde etkilediği görülmüştür.

9. İyilik dönemindeki İUB-I hastalarının aile, arkadaş ve diğer önemli insanlardan aldıkları sosyal destekleri arttıkça işlevselliklerinin de olumlu yönde etkilendiği görülmüştür.

10. İyilik dönemindeki İUB-I hastalarının kişilik işlevi düzeyleri 0 (sağlıklı işlev) ve 4 (şiddetli bozukluk) arasında değişen 5 puanlık bir ölçek olan KİD ölçeği kullanılarak değerlendirildi ve hastaların kişilik işlevi düzeylerinde hafif-orta düzey arasında bozulma olduğunu, özellikle kimlik boyutunda orta düzeyde bozulma olduğunu göstermektedir.

11. İyilik dönemindeki İUB-I hastalarının kişilik işlevi düzeyi boyutları olan kimlik, kendini yönetme, eş duyum ve yakınlık ile işlevselliğin birden çok alanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Hastaların kişilik işlevi düzeylerinde bozulma oldukça işlevsellik seviyelerinin düştüğü görülmüştür.

12. İyilik dönemindeki İUB-I hastalarında işlevsellik üzerine etki eden etmenlerin ortaya konulabilmesi için uygulanan regresyon analizinde özellikle kendini yönetme boyutunun iş alanındaki işlevselliği, yakınlık boyutunun ise damgalanma hissi, içe kapanıklık, arkadaş ilişkileri, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobilere ilgi işlevsellik alanlarını ters yönde yordadığı bulunmuştur.

KAYNAKLAR

Akiskal HS. İki Uçlu Bozuklukların Sınıflandırılması, Tanısı ve Sınırları: Gözden Geçirme. İki Uçlu Bozukluk, Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N (eds), Oral T (çev ed), CSA Medikal Yayın Ajansı, İstanbul 2002, 1-52

Akiskal HS. Duygudurum Bozuklukları: Tarihsel Gelişimi ve Kavramın Tanıtımı. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock BJ, Sadock V (eds), Aydın H, Bozkurt A (çev eds), Sekizinci Baskı, Cilt 2, Güneş Kitapevi, Ankara 2007a, 1559-1575.

Akiskal HS. Duygudurum Bozuklukları: Klinik Özellikleri. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock BJ, Sadock V (eds), Aydın H, Bozkurt A (çev eds), Sekizinci Baskı, Cilt 2, Güneş Kitapevi, Ankara 2007b, 1611-1652.

Akkaya C, Altın M, Bora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N, Kurt E. Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2012; 22(1): 31-42

Altınbaş K, Tunç S, Yazar MS, Özçetinkaya S, Gülöksüz S, Oral ET. Kraepelin bugün yaşasaydı dikotomi varlığını sürdürüyor olur muydu? Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2011;24:321-330

Altındağ A, Yanık M, Nebioğlu M. The comorbidity of anxiety disorders in bipolar I patients: prevalence and clinical correlates. Isr J Psychiatry Relat Sci. 2006; 43: 10-15.

Altshuler LL, Gitlin MJ, Mintz J, Leight KL, Frye MA. Subsyndromal depression is associated with functional impairment in patients with bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2002; 63: 807–811

Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-IV-TR), Köroğlu E (çev ed), Dördüncü Baskı, Cilt 2, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007

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, 2013

Aydemir Ö, Eren İ, Savaş H, Kalkan Oğuzhanoğlu N, Koçal N, Devrimci Özgüven H, Akkaya C, Başterzi AD, Karlıdağ R, Yenilmez C, Özerdem A, Kora K, Tamam L,Gülseren Ş, Oral ET, Vahip S. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirlik ve geçerliliği. Turk Psikiyatri Derg. 2007;18:344-52.

Aydemir Ö, Çetinay Aydin P, Güleç Oyeçkin D, Gülseren S, Putgül Koybası G, Şahin H. The impact of psychotropic drugs on psychosocial functioning in bipolar disorder. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2014;24:2

Aydın C, Yalçın S: Psikiyatrik hastalar ve ana babalarm ruhsal belirtilerinin karşılaştırılması Çocuk ve ergen psikiyatrisi günleri kongre kitabı, Kuşadası 1992 394-401

Azorin JM, Kaladjian A, Adida M ve ark. Psychopathological correlates of lifetime anxiety comorbidity in bipolar patients: findings from a French national cohort. Psychopathology 2009; 42; 380–386

Baethge C, Baldessarini RJ, Khalsa HM, Hennen J, Salvatore P, Tohen M. Substance abuse in first-episode bipolar I disorder: Indications for early intervention. Am J Psychiatry 2005;162:1008–10.

Barquero N, García-López O, Fernández-Argüelles P ve ark. Clinical variables and implications of the personality on the outcome of bipolar illness: a pilot study. Neuropsychiatr Dis Treat 2007; 3: 269-75.

Bauwens F, Tracy A, Pardoen D, Vander EM, Mendlewicz J. Social adjustment of remitted bipolar and unipolar out-patients: a comparison with age- and sex-matched controls. Br J Psychiatry 1991; 159: 239–244.

Bauwens F, Pardoen D, Staner L, Dramaix M, Mendlewicz J. Social adjustment and the course of affective illness: a one-year controlled longitudinal study involving bipolar and unipolar outpatients. Depress Anxiety 1998; 8: 50–57

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

Bender DS, Morey LC, ve Skodol AE. Toward a Model for Assessing Level of Personality Functioning in DSM–5, Part I: A Review of Theory and Methods, Journal of Personality Assessment 2011; 93(4): 332–346

Berk M, Segal J, Janet L, Vorster M. Emerging options in the treatment of bipolar disorders. Drugs 2001; 10: 1407–1414.

Black DW, Grant JE. DSM-5TM Guidebook: The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Publishing, Arlington 2014; 90-102

Black DW, Grant JE. DSM-5TM Guidebook: The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Publishing, Arlington 2014; 449-468

Brambilla P, Glahn DC, Balestrieri M, Soares JC. Magnetic resonance findings in bipolar disorder. Psychiatr Clin North Am 2005;28(2):443-67.

Bright MA. Therapeutic ritual helping families grow. Journal of psysocial nursing 1990; 28(21):25-29

Bonnin CM, Martínez-Arán A, Torrent C ve ark. Clinical and neurocognitive predictors of functional outcome in bipolar euthymic patients: a long-term, follow-up study. J Affect Disord 2010; 121:156-60.

Boylan KR, Bieling P J, Marriott M, Begin H, Young LT ve MacQueen GM. Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. The Journal of Clinical Psychiatry 2004; 65: 1106–1113

Ceviz H. 2013, Bipolar I bozukluğu olan hastalarda ve eşlerinde cinsel işlev bozukluğu ve etkileyen faktörler. Yayınlanmamış Uzmanlık tezi, Trakya Üniversiyesi, Psikiyatri AD, Edirne, 2007

Cohen AN, Hammen C, Henry RM, Daley SE. Effects of stress and social support on recurrence in bipolar disorder. J Affect Disord 2004; 82: 143–147.

Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Benabarre A, Gasto C. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. J Clin Psychiatry 2000; 61: 549–555

Colom F, Vieta E, Reinares M, Martinez- Aran A, Torrent C, Goikolea JM, Gasto C. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. J Clin Psychiatry 2003; 64: 1101–1105.

Conus P, Cotton S, Abdel-Baki A, Lambert M, Berk M, McGorry PD. Symptomatic and functional outcome 12 months after a first episode of psychotic mania:

barriers to recovery in a catchment area sample. Bipolar Disord 2006; 8: 221–231

Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. Am J Psychiatry 1993; 150: 720–727.

Craddock N ve Sklar P. Genetics of bipolar disorder. The Lancet, 2013; vol 381,1654–62

Çam O, Çuhadar D. Bipolar bozukluğu olan hastalarda işlevsellik düzeyi ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkinin belirlenmesiGümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences 2012; 2(2): 230

Çorapcıoğlu A, Aydemir O, Yıldız M, ve ark. DSM IV Eksen I Bozuklukları (SCID I) icin Yapılandırılmış Klinik Goruşme-Klinik Versiyon. Hekimler Birliği Yayınevi 1999, Ankara.

Das AK, Olfson M, Gameroff MJ, Pilowsky DJ, Blanco C, Feder A, Gross R, Neria Y, Lantigua R, Shea S, Weissman MM. Screening for bipolar disorder in a primary care practice. JAMA 2005; 293: 956–963

Depp CA, Davis CE, Mittal D, Patterson TL, Jeste DV. Health-related quality of life and functioning of middle-aged and elderly adults with bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2006; 67: 215–221

Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Outpatients with schizophrenia and bipolar I disorder: do they differ in their cognitive and social functioning? Psychiatry Res 2001; 102: 21–27

Dunayevich E, Strakowski SM, Sax KW ve ark. Personality disorders in first-and multiple-episode mania. Psychiatry Res 1996; 64: 69-75.

Dunayevich E, Sax KW, Kech PE ve ark. Twelve-month outcome in bipolar patients with and without personality disorders. J Clin Psychiatry 2000; 61: 134-139.

Ellicott A, Hammen C, Gitlin M, Brown G, Jamison K. Life events and the course of bipolar disorder. Am J Psychiatry 1990; 147: 1194–1198.

Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1995; 10:45-55.

Eker D, Arkar H, Yaldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği, Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(1):17-25

Evren C, Ovalı E, Karabulut V, Çetingök S. Psychometric Properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Heroin Dependent Adults and Adolescents with Drug Use Disorder, Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2014;24(1):39-48

Fava GA. Conceptual obstacles to research progress in affective disorders. Psychother Psychosom 1997; 66: 283–285.

Fava GA. Subclinical symptoms in mood disorders: pathophysiological and therapeutic implications. Psychol Med 1999; 29: 47–61

Fenichel O, Nevrozların Psikoanalitik Teorisi, çev: Selçuk Tuncer, Ege Üniversitesi Matbaası, İzmir, 1974; 353-378

Feinman JA, Dunner DL. The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. J Affect Disord 1996; 37: 43–49

First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical Version. American Psychiatric Press Inc, 1997, Washington D.C and London

Freeman MP, Freeman SA ve McElroy SL. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. Journal of Affective Disorders 2002; 68,1: 1–23

Frye M.A. ve ark. Gender Differences in Prevalence, Risk, and Clinical Correlates of Alcoholism Comorbidity in Bipolar Disorder. Am J Psychiatry 2003; 160:883–889

George EL, Miklowitz DT, Richards JA ve ark. The comorbidity of bipolar disorder and Axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. Bipolar Disord 2003; 5: 115-122.

Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK. Kindling and second messengers: an approach to the neurobiology of recurrence in bipolar disorder. Biol Psychiatry 1999; 45: 137–144.

Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. Am J Psychiatry 1995; 152: 1635–1640

Goodwin FK, Jamison KR. Manic Depressive Illness. New York, Oxford University Press 1990

Goldberg JF, Keck PE. Poor-outcome bipolar disorders; in Goldberg JF, Harrow M (eds): Bipolar Disorders: Clinical Course and Outcome. Washington, American Psychiatric Press 1999, 1–19.

Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. Am J Psychiatry 1995 Mar;152(3):379-84.

Goldberg JF, Ernst CL. İki Uçlu Bozukluğun Ekonomik ve Sosyal Yükü: Bir Gözden Geçirme. İki Uçlu Bozukluk, Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N (eds), Oral T (çev ed), CSA Medikal Yayın Ajansı, İstanbul 2002, 441-468

Green EK ve ark, Copy number variation in bipolar disorder. Molecular Psychiatry advance online publication 2015; doi: 10.1038/mp.2014.174

Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı.2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Medico Graphics Matbaası, Ankara 2007.

Hajek T, Slaney C, Garnham J, Ruzickova M, Passmore M, Alda M. Clinical correlates of current level of functioning in primary caretreated bipolar patients. Bipolar Disord 2005; 7: 286–291

Hecht H, Genzwurker S, Helle M, van Calker D. Social functioning and personality of subjects at familial risk for affective disorder. J Affect Disord 2005; 84: 33–42.

Hopwood CJ, Malone JC, Ansell EB, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH, Pinto A, Markowitz JC, Shea T, Skodol AE, Gunderson JG, Zanarini MC, Morey LC. Personality assessment in DSM-5. J Personal Disord 2011; 25(3): 305–320

Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar.1.Baskı, Ankara 2003, Görsel sanatlar yayınevi, 467-540.

Işık U, Açıkyürek K, Işık E. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar Işık E, Işık U, Taner Y.I (eds), Rotatıp Kitapevi 2013, 361-379

Işık U. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar Işık E, Işık U, Taner Y.I(eds), Rotatıp Kitapevi 2013, 3-11

İlhan R.S, Şentürk Cankorur V. Bipolar Tip II Bozuklukta Ötimik Dönemde İşlevselliğin Klinik ve Bilişsel Yordayıcıları. Türk Psikiyatri Dergisi 2015;26(1):13-20

James ACD, Javaloyes AM. Practitioner Review: The Treatment of Bipolar Disorder in Children and Adolescents. J. Child Psychol. and Psychiat 2001; 42(4):439-449

John M. Oldham, Andrew E. Skodol, Donna S. Bender. The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders, DSM-5 Edition. Second edition, American Psychiatric Publishing, Arlington, 2014;545-569

Johnson L, Lundstrom O, Aberg-Wistedt A, Mathe AA. Social support in bipolar disorder: İts relevance to remission and relapse. Bipolar Disord 2003; 5: 129–137.

Judd LL, Akiskal HS, Masser JD et al. A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. Arch Gen Psychiatry 1998; 55: 694-700.

Judd, LL, Akiskal HD, Schettler PJ ve ark. The Long-term Natural History of the Weekly Symptomatic Status of Bipolar I Disorder. Arch Gen Psychiatry 2002;59,530-7

Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry 2002; 59: 530–537

Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD, Solomon DA, Leon AC, Keller MB. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 261–269.

Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. J Affect Disord 2003; 73: 123–131

Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, Coryell W, Maser JD, Keller MB: Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 1322–1330.

Keck PE Jr, McElroy SL, Strakowski SM, West SA, Sax KW, Hawkins JM, Bourne ML, Haggard P. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. Am J Psychiatry 1998; 155: 646–652

Keck PE. İki Uçlu Bozukluğun Gerçek Maliyeti Nedir?. İki Uçlu Bozukluk, Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N (eds), Oral T (çev ed), CSA Medikal Yayın Ajansı, İstanbul 2002, 468-472

Keller MB, Lavori PW, Kane JM, Gelenberg AJ, Rosenbaum LF, Walzer EA, Baker LA. Subsyndromal Symptoms in Bipolar Disorder. A Comparison of Standard and Low Serum Levels of Lithium. Arch Gen Psychiatry 1992; 49(5): 371-376

Kernberg OF. Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: Jason Aronson; 1975.

Kernberg OF: Severe personality disorders. New Haven: Yale University Press; 1984.

Kesebir S, Koç İ, Güven S, Ekşioğlu S ve Dereboy F. Genç Erişkin İki Uçlu Hastalarda Kimlik Duygusu: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Journal of Mood Disorders 2011;1(3):103-9

Kilbourne AM, Cornelius JR, Han X, Pincus HA, Shad M, Salloum I, Conigliaro J, Haas GL. Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder. Bipolar Disord 2004; 6: 368–373.

Köknel Ö. Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. Duygudurum Bozuklukları Dizisi 2000;1(1):5-11

Kupfer DJ. The increasing medical burden in bipolar disorder. JAMA 2005; 293: 2528– 2530.

Kupka RW, Luckenbaugh DA, Post RM, Leverich GS, Nolen WA. Rapid and non-rapid cycling bipolar disorder: a meta-analysis of clinical studies. J Clin Psychiatry 2003; 64: 1483–1494.

Leverich GS, Post RM, Keck Jr PE, Altshuler LL, Frye MA, Kupka RW, et al. The poor prognosis of childhood-onset bipolar disorder. J Pediatr 2007;150:485–90.

Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM. The National Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. J Affect Disord 1994; 31: 281–294

Livesley WJ. Practical management of personality disorders. Guilford Press. New York 2003

MacQueen GM, Young LT ve Joffe RT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. Acta Psychiatr Scand 2001;103:163-170

Maj M, Magliano L, Pirozzi R ve ark. Validity of rapid cycling as a course specifier for bipolar disorder. Am J Psychiatry 1994; 151: 1015- 101

Malhotra D, Sebat J. CNVs: harbingers of a rare variant revolution in psychiatric genetics. Cell 2012; 148:1223–1241

Marangell LB. The importance of subsyndromal symptoms in bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2004;65 Suppl 10:24-7.

Marneros A, Röttig S, Wenzel A ve ark. Affective and schizoaffective mixed states. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004; 254(2):76-81.

Martinez-Aran A, Vieta E, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Goikolea JM, Salamero M, Malhi GS, Gonzalez-Pinto A, Daban C, Alvarez-Grandi S, Fountoulakis K, Kaprinis G, Tabares-Seisdedos R, Ayuso-Mateos JL. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. Bipolar Disord 2007: 9: 103–113.

Mazza M, Mandelli L, Di Nicola M, Harnic D, Catalano V, Tedeschi D ve ark. Clinical features, response to treatment and functional outcome of bipolar disorder patients with and without co-occurring substance use disorder: 1-year follow-up. J Affect Disord 2009;115:27–35

McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Hudson JI, Faedda GL, Swann AC. Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. Am J Psychiatry 1992; 149: 1633–1644.

Michalak EE, Yatham LN, Maxwell V, Hale S, Lam RW. The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. Bipolar Disord 2007; 9: 126–143.

Nolen WA, Luckenbaugh DA, Altshuler LL, Suppes T, McElroy SL, Frye MA, Kupka RW, Keck PE Jr, Leverich GS, Post RM: Correlates of 1-year

prospective outcome in bipolar disorder: results from the Stanley Foundation Bipolar Network. Am J Psychiatry 2004; 161: 1447–1454

O'Connell RA, Mayo JA, Eng LK, Jones JS, Gabel RH. Social support and long-term lithium outcome. Br J Psychiatry 1985; 147: 272–275.

Özdemir O, Psikiyatride Boyutsal Yaklaşım, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2012;4(3):315-334

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: SKİP-TÜRK. J Affect Disord. 2004;73:112-24.

Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı, 1. Cilt, Ankara, Tuna Matbaacılık San. ve Tic. A.Ş. 2008, 367-368

Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı, Ankara, Tuna Matbaacılık San. ve Tic. A.Ş. Ankara 2015, 261-335

Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF, Raue P, Sirey J. Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. J Nerv Ment Dis 2001; 189: 31–37

Perugi G ve ark. Clinical characterization of depressive mixed state in bipolar –I patients: Pisa-San Diego collaboration. J Affect Disord 2001; 67:105-14

Post RM, Denicoff KD, Leverich GS ve ark.. Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with Daily prospective ratings on the NIMH life chart method. J Clin Psychiatry 2003; 64: 680–690.

Reinares M, Vieta E, Colom F, Martinez- Aran A, Torrent C, Comes M, Goikolea JM, Benabarre A, Daban C, Sanchez-Moreno J. What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. J Affect Disord 2006; 94: 157–163

Rihmer Z, Angst J. Duygudurum bozuklukları: epidemiyoloji. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock BJ, Sadock V (eds), Aydın H, Bozkurt A (çev eds), Sekizinci Baskı, Cilt 2, Güneş Kitapevi, Ankara 2007, 1575-1582.

Rosa AR, Reinares M, Franco C ve ark. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. Bipolar Disord 2009;11:401–9.

Rosa AR, Gonzalez-Ortega I, Gonzalez-Pinto A, Echeburua E, Comes M, Martınez-Aran A, Ugarte A, Fernandez M, Vieta E. One-year psychosocial functioning in patients in the early vs. late stage of bipolar disorder. Acta Psychiatr Scand 2012: 125: 335–341

Rudolf G, Grande T, Oberbracht C, Jakobsen T. Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen system: die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). Z Psychosom Med Psychother 1996; 42: 343–357.

Saatçioğlu Ö, Evren C, Çakmak D. Alkol kullanım bozuklukları tanıma testinin geçerliği ve güvenirliği. Türkiye'de Psikiyatri 2002;4(2-3):107-113

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Çeviri Editörleri; Aydın H, Bozkurt A. 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2007

Saioa López-Zurbano, Ana González-Pinto, Purificación López. Psychopathology in Women, Gender Differences in Bipolar Disorder. Springer International Publishing 2015; 641-659

Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Nieto- Moreno M, Torrent C, Vieta E, Martinez H, Ayuso-Mateos JL. Detection of functional impairments in euthymic bipolar patients using the international classification of functioning, disability and health (ICF). 160th Annu Meet Am Psychiatr Assoc, San Diego, 2007

Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabarés-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. Psychother Psychosom. 2009;78(5):285-97.

Saunders JB, Aasland OG, Amundesn A, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on the early detection of persons with harmful alcohol consumption-I. Addiction.1993a; 88(3):349-362

Schmeck K, Schlüter-Müller S, Foelsch PA ve Doering S. The role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2013; 7: 27

Segal ZV, Dobson KS. Cognitive models of depression: report from a consensus development conference. Psychol Inq 1992; 3: 219–224.

Shapira B, Zislin J, Gelfin Y, Osher Y, Gorfine M, Souery D, Mendlewicz J, Lerer B. Social adjustment and self-esteem in remitted patients with unipolar and bipolar affective disorder: a case-control study. Compr Psychiatry 1999; 40: 24–30.

Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR ve ark. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). American Journal of Psychiatry 2004;161,12: 2222–2229

Spitzer C, Michels-Lucht F, Siebel U, Freyberger HJ. Zum Zusammenhang zwischen OPD-Merkmalen der Persönlichkeitsstruktur und symptombezogenen sowie interpersonalen Behandlungsergebnissen stationärer Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother 2004; 50:70–85.

Stahl MS. Depresyon ve Bipolar Bozukluk: Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi. Çeviri editörü: Oral T, 3. Baskı. İstanbul, Sigma Publishing 2010

Strakowski SM, Keck Jr PE, McElroy SL, West SA, Sax KW, Hawkins JM ve ark. Twelve-month outcome after a first hospitalization for affective psychosis. Arch Gen Psychiatry 1998;55:49–55

Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Arvilommi P, Leppämäki S, Isometsä E. Gender differences in bipolar disorder types I and II. Acta Psychiatr 2009; 120 (6): 464–473.

Suppes T, Dennehy EB, Gibbons EW. The longitudinal course of bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2000; 61(suppl 9):23–30.

Suppes T, Leyerich GS, Keck PE et al. The Stanley foundation Bipolar Treatment Outcome Network II. Demographics and illness Characteristics of the first 261 patients. J Affeckt Disord 2001; 67: 45-59.

Swann AC ve ark. Continuum of depressivevand manic mixed states in patients with bipolar disorder: quantitative measurement and clinical features. World Psychiatry 2009;8:166-72

Taymur İ, M. Hakan Türkçapar, Kişilik: Tanımı, Sınıflaması ve Değerlendirmesi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2012; 4(2):154-177

Thomas A. Widiger, Stephanie N. Mullins-Sweatt. The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders editör: John M. Oldham, Andrew E. Skodol, Donna S. Bende. American Psychiatric Publishing 2005, first edition, s:35-57

Tohen M, Waternaux CM, Tsuang MT. Outcome in mania. A 4-year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. Arch Gen Psychiatry 1990 ;47(12):1106-11

Tohen M, Hennen J, Zarate CM Jr ve ark. Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. Am J Psychiatry, 2000 ;157(2):220-8

Tohen M, Zarate Jr CA, Hennen J, Khalsa HM, Strakowski SM, Gebre-Medhin Pve ark. The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence. Am J Psychiatry 2003;160:2099–107

Tondo L, Isacsson G, Baldessarini R. Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. CNS Drugs 2003; 17: 491-511.

Turhan N. Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme. Yayınlanmamış Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Adana, 2007.

Uslu E. Genetik Etyolojilerinde Farklılık Olduğu Öne Sürülen Bipolar Alt Tiplerinin Nörobilişsel İşlevler Ve Mizaç Özellikleri Bakımından İncelenmesi: Kontrollü Bir Çalışma. Yayınlanmamış Uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Ankara, 2012

Üçok A, Karameli D, Kundakçı T ve ark. Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. Compr Psychiatry 1997; 39: 72-74

Vahip S. Araştırmalardan Klinik uygulamaya bipolar depresyon tedavisinde son gelişmeler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1999; 9:213-221

Vahip S. İki uçlu duygudurum bozukluğunda depresif epizod sağaltımı. Psikiyatri

Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 2000;8:13-19

Vahip S. Bipolar depresyon. Klinik Psikiyatri Dergisi 2004; Ek: 1: 41-44.

Vahip I. Depresyonda psikanalitik psikoterapinin temel ilkeleri. Depresyon sağaltım klavuzu kaynak kitabı. Editörler: Yazıcı O, Oral ET, Vahip S, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 2008; 177-189

Yazıcı Güleç M, Güleç H, Şimşek G, Turhan M, Aydin Sünbül E. Psychometric properties of the Turkish version of the Patient Health Questionnaire–Somatic, Anxiety, and Depressive Symptoms. Comprehensive Psychiatry 2012; 53: 623–629

Yazıcı Güleç M, Eren Bodur N, Ögut DB, Saygılı İ, Yılmaz Y, Akar Özmen H, Çınar Parlak S, Elbaşoğlu S, Güleç H; Reliability and validity of the Turkish version of level of personality functioning for DSM-5: a preliminary report, Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2014;24(Ek 1):174

Yazıcı O. Bipolar-1ve Bipolar-2 Bozuklukları. Psikiyatri Temel Kitabı, Köroğlu E, Güleç C (eds), İkinci Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2007, 265-27.

Zarate CA, Tohen M, Land M ve ark. Functional impairment and cognition in bipolar disorder. Psychiatr Q 2000;71:309–29

Zimmermann J, Benecke C, Bender DS, Skodol AE, Schauenburg H, Cierpka M ve Leising D. Assessing DSM–5 Level of Personality Functioning From Videotaped Clinical Interviews: A Pilot Study With Untrained and Clinically Inexperienced Students, Journal of Personality Assessment 2014; 96:4, 397-409

EKLER

ARAŞTIRMAYA KATILACAK HASTALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

"İki Uçlu Bozukluk 1 hastalarında kişilik işlevi düzeyinin işlevsellik üzerine etkisi" adlı araştırma, Dr. Özlem Kızılkurt tarafından açıklandı.

Araştırmanın, çeşitli psikiyatrik testler uygulanmak üzere, kendisi tarafından yürütüleceğini belirtti. Araştırmaya katılmam halinde uygulanan testlerin gizlilik içinde yürütüleceğini, gerekirse testlere başladıktan sonra araştırmadan ayrılabileceğimi açıkladı.

Bu araştırma hakkında sözel olarak bilgilendirildim ve araştırmanın amacı açıklandı. Kendi isteğim ve arzumla bu araştırmaya gönüllü olarak katılıyorum.

Tarih:

Araştırmaya katılan gönüllü hastanın;

Adı soyadı :

İmzası :

Araştırmayı yürüten Dr. ;

Adı soyadı :

Bölümü :

İmzası :

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**
Karın ağrısı			
Sırt ağrısı			
Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz, kalça vs.) ağrı			
Yorgunluk ve enerji azlığı			
Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma			
Adet (aybaşı) sancısı veya adetlerinizle ilgili başka problemler			
Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel başka problemler			
Baş ağrısı			
Göğüs ağrısı			
Baş dönmesi			
Fenalık hissi			
Kalbinizin hızla çarptığını hissetme			
Nefes darlığı			
Kabızlık, yumuşak dışkı ya da ishal			
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

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİNİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU:

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı,sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı,sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba,komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü,akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

KİŞİLİK İŞLEVİ DÜZEYLERİ

Lütfen, kendilik ve kişilerarası alanda hastanın işlevini temsil eden en yakın düzeyi belirtiniz:

	KENDİLİK		KİŞİLERARASI	
Düzey	**Kimlik**	**Kendini Yönetme**	**Eşduyum**	**Yakınlık**
0	a-Özgün bir kendiliğin sürekli farkındadır; rolüne uyumlu sınırları korumaktadır. b-Gerçekçi bir kendilik değerlendirmesiyle birlikte tutarlı ve kendi kendine düzenlenebilen pozitif öz-saygı vardır. c-Bütün duyguları, deneyimleme, tahammül etme ve düzenleme kabiliyeti vardır.	a-Kişisel kapasitenin gerçekçi bir değerlendirmesine dayalı makul hedefler belirler ve bunları gerçekleştirmeyi amaçlar. b-Uygun davranış standartlarını kullanarak birden çok alanda doyuma ulaşır. c-İçsel deneyimleri üzerinde derinlemesine düşünüp bunlardan yapıcı anlamlar çıkartabilir.	a-Çoğu durumda diğerlerinin deneyimlerini ve motivasyonlarını doğru anlayabilme becerisi vardır. b-Katılmasa bile diğerlerinin bakış açısını kavrayabilir ve takdir edebilir. c-Kendi davranışlarının diğerleri üzerindeki etkisinin farkındadır.	a-Kişisel ve toplumsal hayatında birçok doyurucu ve kalıcı ilişkiyi sürdürebilir. b-Birçok yakın, samimi ve karşılıklı ilişkiye girmeyi arzular ve girebilir. c-İşbirliği ve karşılıklı yarar için çabalar, başkalarının duygu, düşünce ve davranışlarına esnek biçimde karşılık verir.
1	a-Kendilik algısının görece korunmasına rağmen güçlü duygular ve ruhsal sıkıntı yaşadığında sınırlardaki netlik azalır. b-Aşırı eleştirel ya da biraz çarpıtılmış kendini değerlendirmeyle birlikte öz-saygısı zaman zaman azalır. c-Duygusal	a-Aşırı hedef odaklıdır, zaman zaman hedefi engeller ya da hedefle ilgili çatışma yaşar. b-Doyum yaşanmasını bazı yönlerden kısıtlayan, sosyal olarak uygunsuz veya gerçekçi olmayan kişisel standartları olabilir.	a-Diğerlerinin deneyimlerini anlama ve takdir etme yetisi biraz kısıtlıdır, başkalarını makul olmayan beklentilere ya da kontrol arzusuna sahip olarak görmeye eğilimli olabilir. b-Farklı bakış açılarını anlama ve değerlendirme	a-Derinliği ve memnuniyet derecesinde bir takım kısıtlılıklar olsa da kişisel ve toplumsal hayatında kalıcı ilişkiler kurabilir. b-Yakın ve karşılıklı ilişkiler kurma konusunda istekli ve yeteneklidir fakat yoğun duygular ya da çatışmalar ortaya çıktığında dışavurumun

	deneyim aralığında kısıtlılıkla bağlantılı olarak güçlü duygular rahatsızlık verici olabilir.	c-İçsel deneyimleri üzerine derinlemesine düşünebilir fakat kendini tanımanın tek bir tipini (örneğin entelektüel, duygusal) aşırı vurgulayabilir.	yeteneği olmasına rağmen, bunu yapmaya direnir. c-Kendi davranışlarının diğerleri üzerindeki etkisi ile ilgili farkındalığı tutarsızdır.	anlaşılırlığında azalma ve zaman zaman kısıtlılık olabilir. c-İşbirliği gerçekçi olmayan standartlarla engellenebilir; başkalarının düşünce, duygu ve davranışlarına saygı gösterme ya da karşılık verme yeteneği biraz kısıtlıdır.
2	a-Kendilik sınırlarında bozulma vardır ve kimlik tanımlamasında başkalarına aşırı bağımlıdır. b-Onay isteğiyle birlikte, dışsal değerlendirme konusunda abartılmış bir endişeyle kontrol edilen, incinebilir bir öz-saygı vardır. Telafi edici şişirilmiş ya da sönük kendini değerlendirme ile aşağılık ya da tamamlanmamışlık hisseder. c-Duygusal düzenleme olumlu dışsal değerlendirmeye dayalıdır. Özsaygıya yönelik	a-Kendiliğinden oluşturulan hedeflerden çok başkalarının onayını almak için ortaya konulan hedefler vardır. Bu nedenle hedeflerde tutarsızlık ve/veya istikrarsızlık olabilir. b-Kişisel standartlar makul olmayacak şekilde yüksek (örneğin, başkalarını memnun etme ya da özel olma ihtiyacı) ya da düşük (örneğin, var olan toplumsal değerlere uygunsuz) olabilir. Doyum hissi orijinallikten yoksun olma duygusuyla bozulmuştur.	a-Sadece kendisiyle ilgili olduğunu düşündüğü noktalarda başkalarının yaşantılarına aşırı uyum gösterir. b-Aşırı kendine odaklıdır (self-referansiyeldir); belirgin şekilde diğerlerinin yaşantılarını anlama, takdir etme ve farklı bakış açılarını dikkate alma yeteneği zayıftır. c-Davranışlarının diğerleri üzerindeki etkileri hakkında genellikle kayıtsızdır ya da farkında değildir veya etkisiyle ilgili yaptığı değerlendirmeler gerçeği yansıtmaz.	a-Kişisel ve toplumsal hayatta çeşitli ilişkiler kurma arzu ve yetisine sahiptir ancak bunlar büyük ölçüde yüzeysel olabilir. b-Yakın ilişkiler, gerçek dışı bir mükemmel anlaşılma beklentisi ile büyük ölçüde öz-saygı ve öz-denetim ihtiyaçlarını karşılamaya dayalıdır. c-İlişkileri karşılıklı görmeme eğilimindedir ve çoğunlukla kişisel kazanç için işbirliği yapmaktadır.

	tehditler, öfke ya da utanç gibi güçlü duyguları doğurabilir.	c-İçsel deneyimleri üzerine derinlemesine düşünme kapasitesi zarar görmüştür.		
3	a-Zayıf bir özerklik/temsil duygusu; boşluk hissi ya da bir kimlikten yoksun olma deneyimi yaşar. Sınır tanımı zayıf ya da katıdır: diğerlerinden bağımsız olmayı aşırı vurgulayabilir, aşırı biçimde diğerleriyle özdeşleşebilir veya bunlar arasında bocalayabilir. b-Hassas öz-saygı olaylardan kolayca etkilenir, kendilik imajı tutarlılıktan yoksundur. İncelikli bir kendilik değerlendirmesi yoktur: kendinden nefret etme, kendini yüceltme ya da bu ikisinin mantıksız ve gerçek dışı kombinasyonu vardır. c-Duygular hızla değişebilir ya da kronik, değişmez bir umutsuzluk hissi olabilir.	a-Kişisel hedefler oluşturmada ve/veya kişisel hedeflere ulaşmada zorluk çeker. b-Davranışlar için içsel standartlar belirsiz ya da çelişkilidir. Hayat anlamsız ve tehlikeli olarak deneyimlenir. c-Kendi zihinsel süreçlerini anlama ve bunlar üzerine düşünme yeteneği büyük ölçüde bozulmuştur.	a-Diğer insanların düşünce, duygu ve davranışlarını anlama yeteneği önemli ölçüde kısıtlıdır; başkalarının deneyimlerinin ancak çok özel yönlerini, özellikle de acılarını ve zayıf, kırılgan taraflarını ayırt edebilir. b-Genellikle alternatif bakış açılarını değerlendirme yetisi yoktur. Farklı fikir ve bakış açılarını büyük tehdit olarak algılar. c-Davranışlarının diğerleri üzerindeki etkilerinin farkında değildir ya da bu konuda kafa karışıklığı yaşar; insanların düşünceleri ve davranışları onu sık sık şaşkınlık içinde bırakır ve yıkıcı dürtülerini sıklıkla başkalarına atfeder.	a-Kişisel ya da toplumsal hayatta ilişki kurma arzusu biraz vardır ama kalıcı ve olumlu bağ kurma kapasitesi önemli ölçüde bozuktur. b-İlişkileri, terk edilme veya suistimal beklentisi ve/veya partnerine mutlak ihtiyacı olduğu inancına dayalıdır. Diğerleriyle kurduğu samimiyet hakkındaki duyguları, korku/ret arasında değişir ve bağ kurmak için aşırı bir arzu hisseder. c-Çok az bir karşılıklı olma bilinci vardır: diğerleri, öncelikle kendiliğini nasıl etkilediği (olumlu/olumsuz) açısından kavramsallaştırılır. İşbirliği çabaları, diğerlerinin kendisini küçümsediği algısı nedeniyle sekteye uğrar.
4	a-Kendine özgü bir kendilik deneyimi ve özerklik/temsil	a-Düşünceleri eylemlerden ayırt etmesi zayıftır, bu	a-Diğerlerinin deneyim ve motivasyonlarını	a-İlişki kurma arzusu, zarar göreceği beklentisi

	duygusu neredeyse hiç yoktur ya da dışarıdan kötülük görme algısı etrafında örgütlenir. Öteki ile sınır yoktur ya da belirsizdir. b-Başkalarıyla olan etkileşimlerle kolayca tehdit edilen çarpık ya da zayıf kendilik imajı; kendilik değerlendirmesinde önemli derecede çarpıtma ya da kafa karışıklığı vardır. c-Duyguları ortamla ya da içsel yaşantıyla uyumlu değildir. Reddedebilmelerine veya başkalarına atfedebilmelerine karşın nefret ve saldırganlık baskın duygular olabilir.	nedenle hedef belirleme yeteneği, gerçekdışı veya tutarsız hedeflerle ciddi biçimde sekteye uğramıştır. b-Davranışlar neredeyse içsel standartlardan yoksundur. Gerçek bir doyum yaşaması düşünülemez. c-Kendi deneyimleri üzerinde yapıcı bir biçimde derinlemesine düşünme becerisi neredeyse hiç yoktur. Kişisel istekler tanımlanamaz ve/veya kendiliğe yabancı olarak algılanır.	değerlendirme ve anlamada belirgin olarak yetersizdir. b-Başkalarının bakış açısına dikkat neredeyse hiç yoktur (dikkat, zarardan kaçınma ya da ihtiyaç tatminine odaklı olarak aşırı artmıştır). c-Sosyal etkileşimler, karmaşık ve kafa karıştırıcı olabilir.	ya da derin bir ilgisizlik nedeniyle kısıtlıdır. Başkalarıyla bağları kopuk, düzensiz ya da süreğen olarak olumsuzdur. b-İlişkileri tamamen kendisine rahatlık sağlayan ya da acı veren ve katlanılması gereken olarak kavramsallaştırır. c-Sosyal/kişilerarası davranış karşılıklı değildir, bunun yerine acıdan kaçmak veya temel ihtiyaçların yerine getirilmesi aranır.

Değerlendirme:

	Kendilik		**Kişilerarası**	
	Kimlik	**Kendini Yönetme**	**Eşduyum**	**Yakınlık**
a				
b				
c				

Hasta Adı soyadı: **Tarih:**

BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ

DUYGUSAL İŞLEVSELLİK

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

ZİHİNSEL İŞLEVSELLİK

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

CİNSEL İŞLEVSELLİK

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

DAMGALANMA HİSSİ

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

İÇE KAPANIKLIK

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

EV İÇİ İLİŞKİLER

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

ARKADAŞLARIYLA İLİŞKİLER

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

TOPLUMSAL ETKİNLİKLERE KATILIM

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

GÜNLÜK ETKİNLİKLER ve HOBİLER

	Aşağıdaki etkinliklere ne ölçüde katılıyorsunuz?	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
38	Alışverişe çıkma			
39	Evin faturalarını yatırma			
40	Müzik aleti çalma			
41	Çiçek yada bitki yetiştirme			
42	El işleriyle uğraşma			

43	Spor yapma			
44	Tamir işleriyle uğraşma			
45	Benzer etkinlikler için kurslara katılma (resim, boyama, daktilo vb)			

İNİSİYATİF ALMA ve POTANSİYELİNİ KULLANABİLME

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

İŞ

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

Not: Eğer işsizse, son çalıştığı dönem için sorgulayın.