



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARIN VE
BİRİNCİ DERECE YAKINLARININ DUYGU DÜZENLEME
GÜÇLÜKLERİNİN BELİRLENMESİ

Dr. Fatih SAĞLAM

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Eda ASLAN

2018 - MERSİN



T.C.

MERSİN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARIN VE
BİRİNCİ DERECE YAKINLARININ DUYGU DÜZENLEME
GÜÇLÜKLERİNİN BELİRLENMESİ

Dr. Fatih SAĞLAM

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Eda ASLAN

2018 - MERSİN

TEŞEKKÜR

Psikiyatri uzmanlık eğitimim boyunca bana her tŸrlŸ desteği veren, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım hocalarımdan baŐta tez danıŐmanım Yrd. Doç. Dr. Eda ASLAN'a ve diğer hocalarım Prof. Dr. Kemal YAZICI, Prof. Dr. Őenel ACAR ve Prof. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI ile aramızdan ayrılmıŐ olan ve emeklerini hiç unutmayacağım Doç. Dr. AyŐe Devrim BAŐTERZİ ve Doç. Dr Gamze ŐZÇÜRŪMEZ BİLGİLİYE'ye;

Rotasyonlarım sırasında eğitimime katkılarda bulunan NŸroloji Anabilim Dalı, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı değerli Őđretim Ÿyelerine;

Uzmanlık eğitimim sŸresince beraber çalıŐmaktan ve tanımaktan mutluluk duyduğum tŸm asistan arkadaŐlarıma;

Tezimin oluşumunda katkısı olan Biyoistatistik Anabilim Dalına;

Ūzerimde bŸyŸk emekleri olan, destek, sevgi ve Őzverilerini hiç esirgemeyen sevgili annem, babam ve kardeŐlerime;

Sevgisini ve ilgisini her an hissettiğim sevgili eŐim Handan'a;

YŸrekten teŐekkŸr ederim...

Dr. Fatih SAğLAM

İÇİNDEKİLER

1	ÖZET.....	5
2	ABSTRACT	6
3	GİRİŞ VE AMAÇ	7
4	GENEL BİLGİLER	8
4.1	BİPOLAR BOZUKLUK.....	8
4.1.1	Tanım	8
4.1.2	Tarihçe	8
4.1.3	Epidemiyoloji	8
4.1.4	Etyoloji	9
4.1.5	Bipolar Bozukluk Tanı Ölçütleri ve Klinik Özellikleri	12
4.1.6	Bipolar Bozukluk Tedavisi	15
4.2	DUYGU.....	15
4.2.1	Duygu Tanımı	15
4.2.2	Duyguların İşlevleri	16
4.2.3	Duyguların Temel Özellikleri	16
4.2.4	Duygu Düzenleme	17
4.2.5	Duygu Düzenlemenin Temel Özellikleri	17
4.2.6	Duygu Düzenleme Mekanizmaları	17
4.2.7	Duygu Düzenleme Güçlüğü	20
4.2.8	Duygu Düzenleme Güçlüğü ile İlişkili Ruhsal Hastalıklar	21
4.2.9	Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Tedavi	23
4.2.10	Duygu Düzenleme ve Genetik.....	23
4.2.11	Duygu Dışavurum.....	24
5	GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	26
5.1	Araştırmanın Türü ve Etik Kurul	26
5.2	Araştırmanın Evreni	26
5.3	Yöntem	27
5.4	Veri Toplama Araçları	28
5.4.1	Sosyodemografik Bilgi Formu	28
5.4.2	DSM-IV-TR Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)	28
5.4.3	Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)	28
5.4.4	Duygu Dışavurum Ölçeği (DDÖ).....	29
5.4.5	Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kısa Form-36).....	29
5.4.6	Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinin (MTUÖ)	29
5.4.7	Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ).....	29

5.4.8	Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)	30
5.5	İstatistiksel Analiz	30
6	BULGULAR	31
6.1	Hasta Grubunda Sosyodemografik Bulgular	31
6.2	Hasta Grubunda Klinik Değerlendirme Ölçekleri	33
6.3	Hasta Yakını Grubunda Klinik Değerlendirme Ölçekleri	40
6.4	Hasta, Hasta Yakını ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması	41
7	TARTIŞMA VE SONUÇ	42
8	KAYNAKLAR	48
9	SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	61
10	ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ	63
11	TABLolar DİZİNİ	64
12	EKLER	65
12.1	Ek-1 Etik Kurul İzni.....	65
12.2	Ek-2 Sosyodemografik Bilgi Formu	66
12.3	Ek-3 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	67
12.4	Ek-4 Duygu Dışavurum Ölçeği	72
12.5	Ek-5 Yaşam Kalitesi Ölçeği	73
12.6	Ek-6 Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	76
12.7	Ek-7 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	76
12.8	Ek-8 Young Mani Derecelendirme Ölçeği	77

1 ÖZET

Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların ve Birinci Derece Yakınlarının Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Belirlenmesi

Bipolar Bozukluk(BPB); ataklarla karakterize, kronik, etyolojisinde genetik etkenlerin önemli olduğu bir duygudurum bozukluğudur. Duygu düzenleme güçlüğü psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi gittikçe önem kazanmaktadır. Amacımız bipolar bozukluk tanılı hastalarda ve birinci derece yakınlarında ile sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılarak duygu düzenleme güçlüğünü araştırmaktır.

Mersin Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde takip edilmekte olan BPB tanılı 64 hasta ve 64 hasta yakını ile diğer polikliniklerde başvuran 66 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dâhil edildi. Çalışmayı kabul eden tüm katılımcılara Sosyodemografik Bilgi Formu ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği(DDGÖ) uygulandı, ek olarak hasta grubuna SCID-I, Yaşam Kalitesi Ölçeği(SF), Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği(MTUÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği(HDDÖ) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği(YMDÖ), hasta yakınına ise Duygu Dışavurum Ölçeği(DDÖ) uygulandı. Sonuçlar SPSS 21.0 programı ile istatistiksel olarak analiz edildi.

Çalışmamızın temel bulgusu; DDGÖ alt ölçekler ve toplam puanda hasta grubunun, hasta yakını ve sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları saptanmasıdır, ancak hasta yakını ile sağlıklı kontroller arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bir diğer bulgu DDGÖ alt ölçekler ve toplam puanda yüksek puan alanların; SF alt ölçeklerde daha düşük puanlar aldıkları saptandı. Depresif atakta olan hastalarda ise DDGÖ Kabullenme, Dürtü, Açıklık alt ölçekleri ve toplam puan ile HDDÖ puanı arasında anlamlı pozitif ilişki saptandı. Ayrıca DDGÖ Strateji, Açıklık alt ölçek puanları ve toplam puanı yüksek olan hastalarda geçirmiş oldukları atak sayısı da daha yüksek bulundu. Hasta yakınlarında ise DDGÖ-Hedefler ile DDÖ- Eleştiricilik/Düşmanlık (ED) ve DDÖ-Toplam arasında istatistiksel anlamlı pozitif ancak zayıf ilişki saptandı.

Sonuç olarak çalışmamızda duygu düzenleme güçlüğünün; BPB hastalarında, hastaların yaşam kalitesi ve işlevselliği, hastalık belirtilerinin şiddeti ve geçirilen atak sayısı ile ilişkisi saptanmıştır. Genel olarak, sonuçlar geçmişteki araştırmaların sonuçlarıyla uyumludur ve duygu düzenleme güçlüğü kullanımına destek olacak yeni bilgiler sunmaktadır. Çalışmamızın en önemli özelliği BPB hasta yakınlarında duygu düzenleme güçlüğünü araştıran ilk tez çalışması olmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, Duygu Düzenleme Güçlüğü

2 ABSTRACT

Investigation of Emotion Regulation Difficulties of Patients with Bipolar Disorder and First-Degree Relatives

Bipolar disorder(BD) characterised by episodes is a chronic mood disorder that genetic factors are important in the etiology. The relationship between emotion regulation difficulties and psychiatric disorders is becoming increasingly important. Our aim is to investigate the emotion regulation difficulties by comparing healthy control group with bipolar disorder patients and first-degree relatives.

64 patients with BD, 64 patient's first-degree relatives and 66 healthy controls were included in the study, which were followed in Mersin University Research and Practice Hospital Outpatient Clinic of Psychiatry. Sociodemographic Information Form and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) were filled to all participants who accepted to study. In addition; SCID-I, Short Form-36 (SF-36), Morisky Medication Adherence Scale (MMAS), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and Young Mania Rating Scale (YMRS) were filled to the patient group and Turkish Expressed Emotion Scale (EE) was filled to relatives. Statistical analyses were performed with SPSS 21.0 computer program.

The main finding of our study; DERS subscales and total scores in patients group were found to have significantly higher scores than patient's relatives and healthy controls, but no significant relationship was found between relatives and healthy controls. Another finding that who score high scores on DERS receive lower scores on SF-36. In depressed patients, there was a significant positive correlation between HDRS total score and DERS Nonacceptance, Impulse, Clarity subscale ve total scores. In addition, patient with higher DERS Strategy, Clarity subscale scores and total score had more episodes. In patient's relatives, there was a statistically significant positive but weak relationship between the DERS-Goals and EE-Criticism/Hostility and total scores.

As a result of our study, emotion regulation difficulties were found relationship with functionality and quality of life of patients, the number of episodes and severity of the symptoms in BD patients. In general, the results of our study are consistent with the results of previous studies and provide new information on the emotion regulation difficulties.

Key Words: Bipolar Disorder, Emotion Regulation Difficulties

3 GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar Bozukluk(BPB), düzensiz olarak tekrarlayan depresif, manik ya da her dönemin belirtilerini de kapsayan karma (miks) dönemlerle karakterize ve bu dönemler arasında kişinin bazen eşik altı belirtiler sergilediği bazen de hiçbir belirtinin bulunmadığı 'sağlıklı' dönemlere dönebildiği süregelen gidişli bir duygudurum bozukluğudur¹. Bozukluk, dönem dönem yükselmiş (mani, hipomani) ve çökkün (depresyon) duygudurum dalgalanmaları, dürtüsellik ve riskli davranışlar (madde kötüye kullanımı, aşırı para harcama, cinsel istekte artış ve yasal sorunlar) ile karakterizedir². Sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma, intihar riski, sık yineleme gibi nedenlerle kişi ve çevresindekilerin yaşamını olumsuz yönde etkiler ve yeti yitimine neden olur². BPB yaşam boyu yaygınlığı % 5 olarak belirtilmektedir³.

Bipolar Bozukluk, duygudurum düzensizliği ve duygusal deneyimlerin yoğunluğu ile karakterize, karmaşık bir duygusal bozukluktur⁴.

Duyguları yönetme ve düzenleme, sağlıklı ve uyumlu psikolojik ve duygusal işlevselliğe olanak sağlar⁵. Duygular, esnek ve kontrollü bir şekilde düzenlendiğinde bireyin hedeflerine ulaşması için kaynaklarını harekete geçirmesi, kişilerarası ilişkiler kurması, gibi yönlerden işlevseldir⁶.

Duygu düzenleme güçlüğü ise stresör bir uyaran karşısında bireyin duygusal yanıtını düzenlenmesinde ve kontrol etmesinde yetersizlik olmasıdır. Kişi, çevre ve kişilerarası zorluklar karşısında duygusal olarak abartılı bir tepki gösterebilir ve öfke kontrol problemleri, ağlamalar, uygunsuz davranışlar, suçlama ya da tartışmalar ortaya çıkabilir⁷.

Özellikle duygudurum değişkenliği ve duygusal düzenleme güçlüklerinin işlevselliği olumsuz etkilemesi nedeniyle, duygu düzenlenmesindeki zorluklar bipolar bozukluk patofizyolojisi modellerinde gittikçe daha fazla önem taşımaya başlamıştır⁸.

Literatürde bipolar bozukluk ile duygu düzenleme güçlüğü ilişkisini araştıran sınırlı sayıda çalışma mevcuttur.

Biz çalışmamızda son dönemlerde literatürde sıkça tartışılan bir konu olan duygu düzenleme güçlüğü ve bipolar bozukluk arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık. Bu sebeple de Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde takip edilmekte olan bipolar bozukluk tanısı almış hastaların ataklarda ve ötimi dönemlerinde ve tanı almamış birinci derece yakınlarında duygu düzenleme güçlüklerini incelemeyi amaçladık.

4 GENEL BİLGİLER

4.1 BİPOLAR BOZUKLUK

4.1.1 Tanım

Duygulanım kişinin uyarılara, olaylara, anılara, düşüncelere duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Duygudurum ise öznedir, kişinin kendini nasıl hissettiği sorusunun yanıtını yansıtır. Taşkın duygudurum (manik, öforik, elevated) kişinin günlük yaşamında kendisini aşırı iyi hissetme egemendir. Çökkün duygudurum (depresif, depressed) kişinin günlük yaşamında üzüntü, keder duygusu egemendir⁹.

Bipolar Bozukluk(BPB) ya da İki Uçlu Bozukluk(İUB), düzensiz olarak tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma (miks) dönemlerle karakterize ve bu dönemler arasında kişinin bazen eşik altı belirtiler sergilediği bazen de hiçbir belirtinin bulunmadığı 'sağlıklı' dönemlerin olduğu süregelen gidişli bir duygudurum bozukluğudur¹.

4.1.2 Tarihçe

Mani ve çökkünlük çok eski çağlardan beri bilinir. Eski ahitte yer alan Kral Şaul'un hikayesinde, Homeros'un İlyada'sındaki Aias'ın intiharı hikayesinde çökkün bir durum belirtilmektedir. M.Ö. yaklaşık 400 yıllarında Hipokrat ruhsal bozuklukları tanımlarken mani ve melankoli deyimlerini kullanmıştır. M.S. Romalı hekim Celcus, De re medicina eserinde melankoliyi 'kara safra' nedeniyle oluşan bir depresyon olarak belirtmiştir. Robert Burton 1621 yılında depresyonla ilişkili ilk İngilizce metin olan Melankolinin Anatomisi adlı kitabı yazmıştır¹⁰. Emil Kraepelin 1896 yılında hastalığın belirtilerini, gidiş ve sonlanışının psikoz manyak depresif (PMD) adı altında tanımlamıştır. 1957 yılında Leonhard hastalık dönemlerinin özelliklerine göre *tek* ve *iki uçlu* ayrımını yaparak duygudurum bozukluklarına yeni bir sınıflandırma getirmiştir. DSM ve ICD tanı rehberleri duygudurum bozukluklarını tek ya da yineleyici çökkünlük ve iki uçlu bozukluk olarak ayırmışlardır⁹.

4.1.3 Epidemiyoloji

Duygudurum bozuklukları toplumda sık görülen bir ruhsal bozukluktur. BPB'un yaşam boyu yaygınlığının yaklaşık % 5 gibi bir orana civarında olduğu bildirilmektedir³. BPB yıllık sıklığının % 1'in altında belirtilmekle birlikte bipolar bozukluğun gözden kaçan hafif formları sebebiyle kesin oranların verilmesinin zor olduğu düşünülmektedir¹⁰. Duygudurum bozukluklarının yaşam boyu yaygınlık oranları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Duygudurum Bozukluklarının Yaşam Boyu Yaygınlık Oranları

Duygudurum Bozukluğu	Yaşam Boyu Yaygınlık(%)
Major Depresif Bozukluk	5-17
Distimik Bozukluk	3-6
Bipolar I Bozukluk	0-2.4
Bipolar II Bozukluk	0.3-4.8
Siklotimi	0.5-6.3
Hipomani	2.6-7.8

BPB başlangıç olarak 15–19 yaşlarında arasında pik yapar, bunu 20–24 yaş arası dönem izler. Bozukluğun başlangıç yaşıyla, ilk tedavi veya hastaneye yatma yaşı arasında 5 ile 10 yıllık bir süre vardır¹¹. Major depresif bozukluk kadınlarda erkeklerden iki kat daha sık görülürken, BPB- I kadın ve erkeklerde yaklaşık aynı oranlarda; BPB-II ise kadınlarda belirgin biçimde daha sık görülmektedir. Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler ise kadınlarda daha sık görülmektedir. Duygudurum bozuklukları boşanmış ve bekâr kişilerde daha sık görülmektedir. Duygudurum bozukluklarının görülmesinde kültürel ve etnik gruplar arasında herhangi bir fark olmadığı belirtilmektedir^{10,12}.

4.1.4 Etyoloji

BPB etyolojisinde biyolojik etkenler, genetik etkenler, psikososyal etkenlerin rol oynadığı düşünülmüştür, ancak bunlar tam anlamıyla açığa kavuşturulamamıştır^{9,13}.

4.1.4.1 Biyolojik Etkenler

Çok sayıda çalışmada duygudurum bozukluğu olan kişilerde biyolojik anormallikler olduğu bildirilmiştir. Son zamanlara kadar monoamin nörotransmitterler olan dopamin, norepinefrin, serotonin ve histamin bu hastalıkların etyolojisine yönelik araştırmaların ana amacıydı. Ancak son zamanlarda bu durum değişmeye başlamış olup sadece nörotransmitter sistemlerindeki bozukluklar değil; nörodavranışsal sistemler, nöral devreler ve daha karmaşık nöroregülasyon mekanizmalarında araştırılmasına doğru bir yönelme mevcuttur¹⁰.

Serotonin; depresyon tedavisi üzerindeki büyük etkisi nedeniyle depresyonda temel odak haline gelmiştir. Serotonin tükenmesi depresyona neden olabilmektedir. İntihar dürtüleri olan bazı hastalarda beyin omurilik sıvısında (BOS) serotonin metabolit miktarı düşük saptanmıştır, aynı hastalarda trombositler üzerindeki serotonin geri alım bölgesi miktarları da düşük saptanmıştır^{10,13}.

Noradrenalin; B-adrenerjik reseptörlerde duyarlılık azalması ya da down-regülasyon, depresyonda noradrenerjik sistemin etki ettiğine işaret eden en

önemli veridir. Bipolar bozuklukta ise kortikal alanlarda noradrenalin metabolitlerinin artış olduğu görülmüştür^{10,14,15}.

Dopamin; mevcut veriler ışığında miktarının depresyonda azalmış olduğu, manide ise artmış olduğunu gösterilmiştir^{9,15}. Dopamin miktarını azaltan ilaçlar ya da hastalıkların (Parkinson gibi) depresif yakınmalarla ilişkisi olduğu birçok çalışmada belirtilmiştir. Bipolar bozuklukta beyin omurilik sıvısında dopamin metabolitlerinin (Homovalinik asit gibi) artmış olduğu saptanmıştır¹⁰.

Asetilkolin; serebral korteks içinde dağınık bir tarzda yayılmış olan nöronlarda bulunmaktadır. Depresif hastaların bazılarında asetilkolinin öncülü olan kolin maddesinin normal olmayan düzeyleri saptanmıştır. Kolinerjik agonist ve antagonist ilaçlar depresyon ve mani üzerinde farklı etkilere neden olabilmektedir. Kolinerjik agonist ilaçlar depresyon belirtilerine neden olup mani belirtilerini azaltabilirler^{10,15}.

GABA (G-Aminobutirik asit); monoamin yollarında inhibitör etkisi mevcuttur. Depresif hastalarında bazılarının BOS, plazma ve beyin GABA seviyelerinde düşüklük saptanmıştır^{10,15}.

Büyüme Hormonu; ön hipofizden salgılanmaktadır. Somatostatin, büyüme hormonu salgılanmasını inhibe etmektedir. Depresyonda BOS'ta azalmış somatostatin düzeyleri saptanmışken, manide ise artmış somatostatin düzeyleri saptanmıştır^{10,15}.

4.1.4.2 Genetik Etkenler

Çeşitli aile, evlat edinme ve ikiz çalışmaları duygudurum bozukluklarının kalıtsal özelliğini belgelemiştir.

Aile çalışmaları bir hastalığın ailesel olup olmadığı sorusuna cevap arar. Aile verileri bir ebeveynde duygudurum bozukluğu mevcutsa; çocukta %10-25 arasında bir duygudurum bozukluğu riski olduğu belirtilmektedir. Eğer her iki ebeveynde duygudurum bozukluğu mevcutsa; çocukta bir duygudurum bozukluğu riski görülme oranı % 50'lere çıkmaktadır^{10,16}.

Duygudurum bozukluğu tanısı konulan kişilerin akrabalarında, aynı zamanda şizoaffektif bozukluk ve şizofreni gibi bazı psikiyatrik hastalıklar da daha sık görülmektedir¹⁷. Yapılmış bir çalışmada ise bipolar bozukluk hastaların akrabalarında, özellikle travmaya maruz kaldıklarında, intihar girişimleri ve düşünceleri bakımından artmış bir risk altında oldukları belirtilmiştir¹⁸.

İkiz çalışmaları, genetik etkenleri çevresel etkenlerden yani doğuştan olanla, sonradan olanı ayırt etmede en güçlü yaklaşımı sağlar. İkiz verileri, genlerin duygudurum bozuklukları etyolojisinin %50-70'ini açıkladığı yolunda kanıtlar sunar¹⁰. Tek yumurta ve çift yumurta ikizlerinde yapılan araştırmalarda; duygudurum bozuklukları açısından eş hastalanma hızı tek yumurta ikizlerde

%70 ile 90 iken, aynı cinsiyetten çift yumurta ikizlerde %16 ile 35'tir. Bu da hastalığın etyolojisinde genetik etkenlerin olduğu göstermektedir^{19,20}.

Gen duyarlılığın belirlenmesinde tek bir genin baskın rolü olduğu ara sıra aileler mevcut olabilir, ancak bipolar bozukluk vakalarının çoğunluğu birden fazla genin veya daha karmaşık genetik mekanizmaların etkileşimini içermektedir¹⁷. Bağlantı çalışmalarında, DNA segmentleri hastalıktan etkilenen aileler içinde özel kromozom bölgelerinin segregasyonunu takibinde kullanılırlar. Ailelerde, hastalıkla ilgili bir marker tanımlandığında hastalığın genetik bağlantısı olduğu düşünülür. Sınırlı çalışma bulunmakla beraber 18q, 21q ve 22q kromozomları, bipolar bozuklukla bağlantısı olduğu düşünülen kromozom bölgeleridir^{10,21}.

Bir genom çalışmasında, intihar girişiminde bulunmuş olan bipolar bozukluk hastaları ile 2p25 bölgesiyle ilişki saptanmıştır²². Bir başka çalışmada ise *asit fosfataz 1* geni ile intihar girişim tipi arasında ilişki bulunmuştur²³. MAPK1 ve CREB1 genlerinin de intihar girişimiyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür²⁴.

4.1.4.3 Psikososyal Etkenler

Duygudurum bozuklukları ve diğer psikiyatrik hastalıklarının oluşumunda yaşam olayları ve stres gibi çevresel etkenlerin etkisinin olduğu bilinmektedir. Bireyin yaşamındaki önemli olaylar duygudurum bozukluklarının meydana gelmesine neden olabilmektedir²⁵.

Depresyon gelişimiyle en sık ilişkilendirilen yaşam olayının, 11 yaşından önce ebeveyn kaybı olduğudur. Bir depresyon döneminin görülmesi ile ilişkisi saptanan en önemli çevresel faktör eş kaybıdır¹⁰.

Bipolar bozuklukta stres yaratan bir yaşam olayı ilk mani atağının meydana gelmesine neden olabilmektedir. Travmatik olayların gen düzenlenmesini ve ekspresyonunu etkilemesi ve beyin kimyasal işleyişini değiştirmesi nedeniyle diğer kişiyi çevresel stresörlere de hassas hale getirdiği düşünülmektedir²⁶.

Bütün insanlar hangi kişilik özelliklerine sahip olursa olsunlar yatkınlaştırıcı koşullar altında depresif belirtiler gösterebilirler. Ancak borderline, obsesif kompulsif ve histriyonik gibi belirli kişilik bozukluğuna sahip kişilerin antisosyal ve paranoid kişilik bozukluğu olan kişilere göre daha yüksek oranda MDB tanısı aldığı bilinmektedir^{10,21}.

Beck ve arkadaşlarına göre depresyon bir duygudurum bozukluğu olmadığını, bilişsel bir bozukluk olduğu fikrini savunmuşlardır²⁷. Kişide öncelikler olumsuz bir biliş mevcuttur. Bu olumsuz biliş zamanla otomatik düşüncelerin etkisiyle olumsuz duygulara yol açmaktadır ve bu da depresyona neden olmaktadır.

Sigmund Freud'a göre psikososyal gelişimin oral döneminde anne-çocuk arasındaki sorunlu ilişki depresyona yatkınlığa neden olmaktadır²⁸. Kayıp nesnelerin içe atımı, nesnenin kaybıyla oluşan sıkıntısıyla mücadele etmek için kullanılan bir savunma mekanizmasıdır. Kaybedilen nesne sevgi ve nefreti barındırdığı için öfke duyguları içe kişinin kendisine yöneltilir⁹.

4.1.4.4 Beyin Görüntüleme Araştırmaları

Son yıllarda görüntüleme yöntemlerinde büyük gelişmeler yaşanması nedeniyle mani ve depresyonda beynin farklı alanlarında olabilecek değişikliklerle ilişkili araştırmalar artmıştır.

Bipolar bozuklukta ventriküllerin etrafındaki beyaz cevherde ve subkortikal gri cevherde hiperintens alanlar olduğu, bunların hastalık tanısından ziyade, hastalığın şiddeti ve yaş ile ilgili olduğu varsayılmaktadır. Bipolar bozuklukta sık incelenen bir diğer alanda prefrontal kortekstir. Prefrontal kortekste yer alan ve en çok incelenen iki yapı ön singulat ve dorsolateral prefrontal kortekstir(DLPFK). Son yıllarda yapılan araştırmalarda bipolar bozukluğu olan kişilerde sol taraf ön singulat hacminde ve gri cevher yoğunluğunda bir azalma olduğu gösterilmiştir. Lityum kullanan kişilerde ise böyle bir fark görülmemiştir²⁹.

4.1.5 Bipolar Bozukluk Tanı Ölçütleri ve Klinik Özellikleri

Psikiyatrik hastalıklara tanı koymak amacıyla güncel olarak dünyada kullanılan ve kabul gören 2 adet sınıflama sistemi bulunmaktadır.

I) DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder):

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından oluşturulmuştur. En son 2013 yılında DSM-5 tanı ölçütleri yayımlanmıştır³⁰. Tablo 2'de DSM-5'e göre bipolar bozukluklar sınıflandırılmıştır.

Tablo 2. DSM-5'e göre Bipolar ve İlişkili Bozukluklar

1)Bipolar I Bozukluğu
2)Bipolar II Bozukluğu
3)Siklotimik Bozukluk
4)Maddenin/İlacın Yol Açtığı İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk
5)Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk
6)Tanımlanmış Diğer Bir İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk
7)Tanımlanmamış İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk

II) ICD (International Classification of Diseases) :

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından oluşturulmuştur. En son 1990 yılında ICD-10 tanı ölçütleri yayımlanmıştır³¹. Tablo 3'te ICD-10'a göre duygudurum bozuklukları sınıflandırılmıştır.

Tablo 3. ICD-10'A Göre Duygudurum Bozuklukları Sınıflaması

- 1) Manik Nöbet
- 2) Bipolar Duygulanım Bozukluğu
- 3) Depresif Nöbet
- 4) Yineleyen Depresif Bozukluk
- 5) İnatçı Duygudurum Bozuklukları
- 6) Duygudurum Bozuklukları, Tanımlanmamış

Bipolar Bozukluk I; manik, hipomanik ve dönüşümlü ya da iç içe geçmiş depresif ataklarla karakterize, kronik nükseden bir duygudurum bozukluğudur³². BPB-I klinik görünümüne bakıldığında; en az bir manik dönemin tanımlandığı, tekrarlayan duygudurum dönemlerinin olması gerekmektedir. Manik dönemde; düşünce akışında bir hızlanma, hem konuşma hızında hem de ses tonunda bir artış görülebilir. Özgüvende artış, dikkat azlığı, dürtü denetimi zorluğu ve uyku gereksiniminde azalma görülebilmektedir. Manik dönemlerin bazılarında hezeyan ve halüsinasyonlar eşlik edebilir. Tablo 4'te DSM-5'e göre BPB-I tanı ölçütleri yer almaktadır.

Tablo 4. DSM-5'e Göre Bipolar I Bozukluk Tanı Ölçütleri

A.En az bir hafta süreyle (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre), neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde süren, kabarmış, taşkın ya da irritabl, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte olağan dışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin bulunması

B.Duygudurum bozukluğunun olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha çoğu (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde farklıdır.

- 1) Benlik saygısında abartılı artış ya da büyüklük düşünceleri.
- 2) Uyku gereksiniminde azalma.
- 3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
- 4) Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
- 5) Dikkat dağınıklığı olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
- 6) Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon.
- 7) Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C.Duygudurum bozukluğu, mesleki ya da toplumsal işlevsellikte belirgin düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek kadar ağırdır ya da psikotik özellikler vardır.

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

Bipolar Bozukluk II; en az bir hipomanik dönem, en az bir major depresif atak ve manik dönemlerin yokluğu ile tanımlanır. Hipomanik dönemler ruh hali, enerji, özgüven, aktivite, davranış, uyku ve bilişte maniye benzer değişikliklerle karakterize edilir, ancak daha az şiddetlidir. Hipomanik konuşma yüksek ve hızlı

olabilir, fakat genellikle manik konuşmadan kesmek daha kolaydır. Hipomanide risk alma davranışları hafif ile orta derecededir. Psikotik belirtiler hipomanide görülmez ve hipomani hastaneye yatırılmayı gerektirmez³³. Tablo 5'te DSM-5'e göre BPB-II tanı ölçütleri yer almaktadır.

Tablo 5. DSM-5'e Göre Bipolar II Bozukluk Tanı Ölçütleri

A. Kabarmış, taşkın ya da iritabl, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun varlığı ile, etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az 4 ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunması

B. Duygudurum bozukluğu olduğu, içsel güçte ve etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü ya da daha fazlası (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde farklıdır.

- 1) Benlik saygısında abartılı artma ya da büyüklük düşünceleri.
- 2) Uyku gereksiniminde azalma.
- 3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
- 4) Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.

5) Dikkat dağınıklığı olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.

6) Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon.

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

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

D. Bu dönem, mesleki ya da toplumsal işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına zarar vermemesi için hastaneye yatırmayı gerektirecek kadar ağır değildir, psikotik özellikler yoktur.

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

F. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki olan değişiklik başkalarınca gözlemlenir.

Major Depresif Bozukluk (MDB) toplumda oldukça sık görülen psikiyatrik bir bozukluktur ve birinci basmakta en sık görülen ruhsal hastalıktır^{34,35,36,37}. Bipolar bozuklukta depresyon sık görülmesine rağmen, kanıtlar antidepresan ilaçların çoğunun fayda göstermeyeceği yönündedir³⁸. Bipolar bozuklukta antidepresan tedavisi duygudurum döngüsünü, karma durumları, hipomani ve maniye kaymaları arttırmanın yanı sıra suicidal riski arttırabilmektedir¹⁵. Bipolar bozukluklu olan hastaların yaklaşık % 25-55'i intihar girişiminde bulunmaktadır, bunların % 15'i tamamlanmış intihardır³⁹.

Bipolar depresyonda; unipolar depresyona göre artmış uyku süreleri, aşırı yemek yeme, psikotik belirtiler, hızlı değişen duygudurum ve intihar düşüncelerinin daha sık görüldüğü belirtilmektedir¹⁰. Ayrıca erken yaşta başlangıç, hastalığın akut başlaması, sık iş ve ilişki değişiklikleri, ailede

duygudurum bozukluğu öyküsü ve geçmiş tedavilerin detaylı sorgulanması doğru tanı konulmasında önem arz eder¹⁵.

Hızlı döngülülük 12 aylık bir süre içerisinde dört veya daha fazla mani/hipomani veya depresyon döneminin görüldüğü bipolar bozukluk olarak isimlendirilmiştir. Hızlı döngülü bipolar bozuklukta; hızlı döngülü olmayana göre ilaç tedavisine yanıt daha düşüktür⁴⁰. Önemli derecede depresif morbitide ve suisid riski taşır⁴¹.

4.1.6 Bipolar Bozukluk Tedavisi

BPB kronik, ataklarla seyreden bir ruhsal hastalık olması nedeniyle tedavisi atak ve sürdürüm tedavileri şeklinde düzenlenmektedir. İntihar riski yüksek, tedaviye uyumsuz, çevresine zarar verme riski olan ya da riskli davranışları olan durumlarda hastanın klinikte yatırılarak tedavi edilmesi en doğru yaklaşımdır^{42,43,44}. Duygudurum düzenleyiciler ve antipsikotik ilaçlar kullanılan temel ilaçlardır^{45,46}. Akut ataktan sonra kalıntı belirtilerin sürmesinin nüks için güçlü öngörücüler olduğuna akılda tutulmalıdır⁴⁷. Psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi, kişiler arası ilişkiler terapisi, aile odaklı terapi ilaç tedavisi yanında kullanılan psikososyal girişimlerdir.

4.2 DUYGU

4.2.1 Duygu Tanımı

Geçmişte birçok bilim adamı duyguyu tanımlamaya çalışmışlardır. Tablo 6'da tarihsel süreç içerisinde duygu için kullanılan tanımlar bulunmaktadır^{48,49}.

Tablo 6. Tarihte 'Duygu' için kullanılan tanımlamalar

W.James (1884):	Duyguları oluşturduğunu, duyguları hissetmenin nörobiyolojik bir süreç olduğunu ileri sürmüştür.
Plutchik (1991) :	İnsanları uyum ve denge sağlayıcı davranışlara yönlendiren iç faktörlerdir.
Lazarus (1982) :	Kişinin etrafındaki uyarıcıları algılaması ve değerlendirmesi neticesinde meydana gelen iç yaşantılardır.
Izard (1991) :	Duyguları hissetmenin nörobiyolojik sürecin bir evresi olduğunu ifade etmiştir, duyguların bileşenlerinin saptanmasına önem vermiştir.
Dodge (1991) :	Uyuma yönelik davranış şekilleri kazanmamızı sağlayan ve davranışlarımızı motive eden, çevreyle etkileşim şeklimizi belirleyen öfke, sevinç, kaygı, üzüntü gibi durumlardır.
Watson (1994) :	Kişinin hayatta kalması ve etrafına uyum sağlayabilmesi, hedeflerini gerçekleştirebilmesi için olaylara karşı gösterdiği düzenli ve kısa süreli uyumlu tepkilerdir.
Goleman (1998) :	Duygu bir his ve bu hisse özel belirli düşünceler, psikolojik ve biyolojik haller ve bir dizi hareket eğilimidir.
Burns (2006) :	Farklı duygusal durumların tecrübenmesiyle belirli bir uyarılma biçimi yaratan çok yönlü durumlardır.

4.2.2 Duyguların İşlevleri

Duyguları yönetme ve düzenleme, sağlıklı ve uyumlu psikolojik ve duygusal işlevselliğe olanak sağlar⁵.

Duygular insan gelişiminde önemli bir yere sahiptir, bebeklerde oluşan ilk duygu güven duygusudur, sonrasında diğer duygular gelişmektedir. Kişilerarası ilişkilerde kişinin iç dünyası hakkında bilgi vermektedirler. Karar verme sürecinde duygular önemli rol almaktadırlar, bu nedenle düşünceleri ve davranışları yönlendirmektedirler. Duygular, stres yaratan bir durumla karşılaşılması durumunda, bu durumla baş edilmesini sağlamaktadırlar^{48,50}.

Ayrıca duygular, acil durumlar karşısında kişinin ne yapacağını ya da acil durumlara nasıl karşılık vereceğini düşünmeye vakit ayırmadan tepki göstermek üzere kişiyi harekete geçirir. Bunun en bariz örneği 'savaş' ya da 'kaç' tepkisidir^{50,51}. Savaş ya da kaç tepkisinde; sempatik sistem aktive olmaktadır.

4.2.3 Duyguların Temel Özellikleri

Duygu düzenlemesini anlamak için öncelikle neyin düzenlendiğini bilmemiz gerekir.

Duygular; bir uyarının olduğu bir durumda ve bu uyarının kişinin amaçlarıyla uyumlu olduğunda meydana gelirler⁵². Bu amaçlar kalıcı ya da geçici olabilir, ancak amaç ne olursa olsun, durumun kişi için ne anlama geldiği duyguyu oluşmasını sağlayan temel özelliktir. Kişi için durumun anlamı zamanla değişirse duygular da değişecektir.

Her duygusal tepkinin 5 ortak özelliği bulunmaktadır.

- Tetikleyici Özelliği: Bütün duygular, dışsal ya da içsel bir uyarın tarafından oluşturulmaktadır.
- Dikkat Özelliği: Uyarın duygusal tepki oluşturması için dikkat çekmesi gerekmektedir.
- Değerlendirme Özelliği: Herhangi bir uyarın dikkat edildikten sonra, durumu içinde bulunulan koşullara göre değerlendirilir. Kişisel ve toplumsal özellikler bu aşamada duygusal tepkiyi etkilemektedir.
- Duygusal Tepki Özelliği: Bir uyarın dikkat edildikten ve değerlendirildikten sonra, duygunun dördüncü aşaması olan duygusal tepki ortaya çıkmaktadır.
- Değişebilir Özelliği: Kişi için durumun anlamı değiştiğinde duygusal tepki de değişebilmektedir. Bu aşamada duygu düzenleme devreye girmektedir.

Duyguları; doğuştan var olan birincil ya da sonradan edinilmiş olan ikincil veya temel ya da ahlaki duygular olacak sınıflandıran çalışmalar da literatürde yer almaktadır^{53,54,55,56}.

4.2.4 Duygu Düzenleme

Duygular; esnek ve kontrollü bir Şekilde düzenlendiğinde, kişinin amaçlarına ulaşması için kişiyi harekete geçirmesi, kişilerarası ilişkiler kurması gibi yönlerden iŐlevseldirler⁶.

İnsanlar hayatları süresince çeşitli uyarılarla karşı karşıya kalmaktadır. Duygu düzenlemesi, uyarılara yanıt olarak kişinin hislerini, düŐüncelerini, fizyolojik reaksiyonlarını ve davranıŐlarını kontrol etmeyi, duygusal deneyimin derecesini belirleyen duygunun azaltılmasını, sürdürülmesini veya arttırılmasını iÇermektedir^{57,58,59}.

4.2.5 Duygu Düzenlemenin Temel  zellikleri

Duygu düzenlemenin 3 temel özelliği bulunmaktadır⁵².

- İnsanlar, olumlu veya olumsuz duygularını arttırıp azaltarak duygularını düzenleme yeteneklerine sahiptirler.
- Duygu düzenlemenin mekanizmaları; ilk olarak bilinçli olarak, daha sonraları ise bilinçli olmadan meydana gelmektedirler.
- Belirli bir duygu düzenlemesinin mutlaka iyi veya kötü olup olmadığı konusunda önceden bir varsayımda bulunulamaz.

4.2.6 Duygu Düzenleme Mekanizmaları

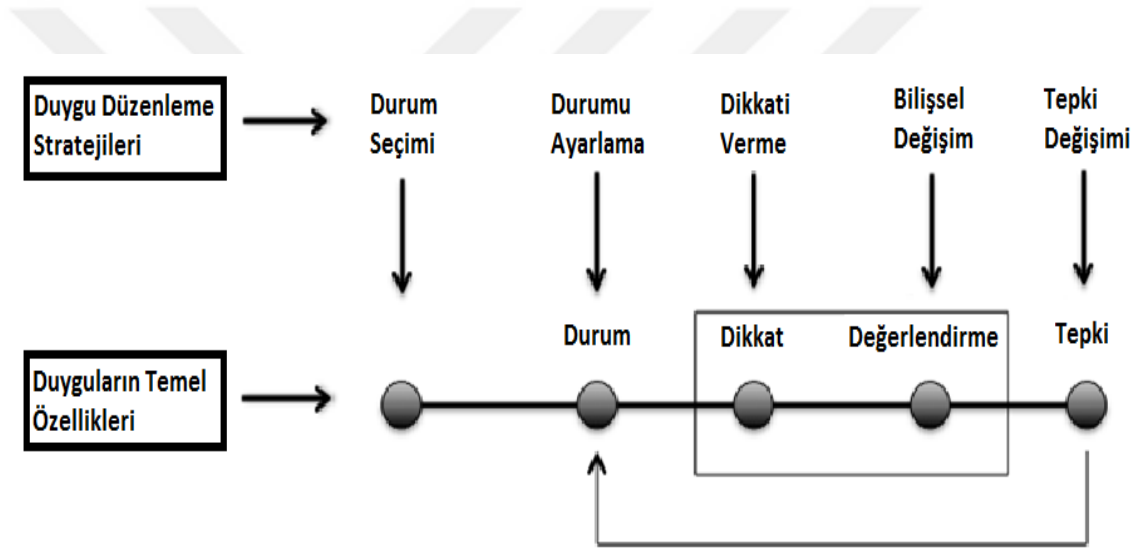
Gross'un Duygu Düzenlemede Süreç Yönelimli Modeli: Duygu düzenleme 5 kategoride ele alınmıŐtır⁵².

- **Durum Seçimi (Situation Selection):** Durum seçimi, duygusal deneyimi etkilemek amacıyla seçici olarak duruma katılma veya bunlardan kaçınma sürecini iÇerir ve Gross'un düzenleme stratejilerinin en proaktif aşaması olduğu düşünülür.
- **Durum Değişikliği(Ayarlama) (Situation Modification):** Durum seçiminin aksine durum değişikliği, kendisinin bulunduğu durumu değiştirme çabası yoluyla (orneğin, gergin bir durumu dağıtmak iÇin mizah kullanarak) duygu düzenleme giriŐimlerini iÇerir.
- **Dikkati Verme (Attentional Deployment):** İnsanların belirli bir durumda dikkatlerini yönlendirmeye nasıl karar verdiklerini, dikkatlerini dağıtma süreci ve ruminasyonları iÇerir. Dikkat, tekrarlayan bir biçimde duygularımıza ve onun sonuçlarına yönlendirilirse; ruminasyonlar meydana gelecektir. Travmatik, mutsuzluğa neden olan olaylar üzerinde ruminasyonun devam etmesi depresif ve anksiyete yakınmalarının devam etmesine yol aŐacaktır.
- **Bilişsel DeĐiŐim (Cognitive Change):** Bilişsel deĐiŐim, kişinin duygusal deneyimi değiştirmek iÇin bir durumu yönetme kabiliyetine ilişkin bir durumu veya inancı değerlendirmesini deĐiŐtirmeyi iÇerir (orneğin,

duygusal etkisini değiştirmek için bir durumun yeniden değerlendirilmesini içeren yeniden değerlendirme).

- **Tepki Değişimi (Response Modulation):** Son olarak tepki değişimi, bir duyguya yanıt olarak ortaya çıkan fizyolojik, deneyimsel veya davranışsal değişiklikleri doğrudan etkilemek için yapılan girişimleri içerir (örneğin, sevinç veya öfke dış görünüşlerini bastırma). Tepki değişiminde görülebilen yaşantısal kaçınmanın; duygudurum ve kaygı bozukluklarının devam etmesine neden olabileceği düşünülmüştür^{60,61}.

Şekil 1 ve Şekil 2'de duygu düzenleme mekanizmaları yer almaktadır^{52,62}.



Şekil 1. Duygu Düzenleme Mekanizmaları-I



Şekil 2. Duygu Düzenleme Mekanizmaları-II

Bu modelde özellikle bilişsel değişimde belirtilen 'Yeniden Değerlendirme' ve tepki değişiminde belirtilen 'Bastırma' stratejisine değineceğiz⁵⁹.

Yeniden değerlendirme stratejisini kullanmanın sonuçları:

- Davranışsal dışavurumunu azaltıp bellekte kalıcı bir etki bırakmamaktadır.
- Olayların olumlu yönleri ele alınmaktadır ve bu da olumsuz duyguyu azaltmaktadır.
- Pozitif duyguların ifade edilmesine yardımcı olmaktadır.

Bastırma stratejisini kullanmanın sonuçları:

- Davranışsal dışa vurumu azaltmaktadır, ancak bellekte kalıcı bir etkiye neden olabilmektedir.
- Kişide duygusal dengesizliklere neden olmaktadır.
- Negatif duyguların yaşanmasına neden olmaktadır.

Bastırma ve yeniden değerlendirilmenin işlevsellik üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Bastırmayı kullanan kişi, diğerleri ile uygun bir şekilde iletişime geçemediği için kaçınan biri olarak düşünülmektedir. Burada yeniden değerlendirme, amaçlara uygun olarak çeşitli duygusal yanıtların yoğunluğunu, kalitesini veya süresini değiştirmek için kullanılabilir⁶³.

Dorsolateral prefrontal korteks, ventrolateral prefrontal korteks, dorsal ön singulat korteks ve dorsal medial prefrontal korteks olmak üzere dört beyin bölgesinin duygu düzenlemesiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir⁶⁴. Yeniden değerlendirilmenin ventrolateral prefrontal korteks ile olduğu düşünülmektedir. Amaca uygunluğu değerlendirme ve amaca uygun olmayanın engellenmesi ventrolateral prefrontal korteks aracılığıyla düzenlenmektedir⁶⁵. Özellikle prefrontal korteks hasarlarında bilişsel fonksiyonlar etkilendiği gibi yeniden değerlendirme de etkilenebilir. Özellikle frontal bölgede tek taraflı fokal lezyonu olan hasta grubunda yeniden değerlendirilmenin daha yavaş olduğu gösterilmiştir⁶⁶.

Yapılmış bir araştırmada, üniversiteye başlamadan önce bastırma duygu düzenleme stratejisini yeniden değerlendirme stratejisine göre daha sık kullanan öğrencilerin; tüm üniversite öğrenim yaşamları boyunca daha zayıf sosyal ilişkiler kurduğu saptanmıştır⁶⁷. Bilişsel değişimin, tepki değişimine göre yaşam kalitesini daha çok yükselttiği gösterilmiştir⁶⁸. Yapılan başka bir araştırmada ise; günlük yaşamında genellikle bastırmayı kullanan kişilerin, diğerleriyle pozitif ve negatif duygularını paylaşmadıkları, yakın ilişkilerde kendilerini rahatsız hissettikleri, çevresindekilerden daha az sosyal destek gördüklerini saptanmıştır⁶⁹.

Duygu düzenleme *yetersiz düzenleme (underregulation)* ve *aşırı düzenleme (overregulation)* olmak üzere 2 şekilde olduğu görüşü mevcuttur⁵⁸. Bu görüşe göre yetersiz düzenleme, dürtü kontrol yetersizliği ve saldırgan davranışlarla ilişkiliyken; aşırı düzenlemenin, anksiyete ve depresyon gibi bozukluklarla ilişkili olduğu öne sürülmüştür.

4.2.7 Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygu düzenleme güçlüğü ise olumsuz bir uyarana karşısında bireyin duygusal yanıtını düzenlenmesinde ve kontrol etmesinde yetersizlik olmasıdır⁷.

İnsan, yaşamı boyunca eleştiriye uğrama, kişiler arası ilişkilerde anlaşmazlıklar yaşama gibi olaylarla birçok defa karşı karşıya gelmektedir. Duygu düzenleme; bu olaylar neticesinde oluşan duygusal tepkideki değişimleri düzenler, kişi bu şekilde olumlu ve olumsuz duygularını artırıp azaltabilmektedir⁷⁰. Duygu düzenleme güçlüğü olan kişi; kişilerarası ilişkilerde duygusal olarak abartılı bir şekilde tepki verebilmektedir. Öfke kontrol problemleri, ağlamalar, uygunsuz davranışlar, suçlama ya da tartışmalar ortaya çıkabilmektedir.

Gratz ve Roemer duygu düzenleme güçlüğü bileşenlerini tanımlanmışlardır⁷¹. Bu bileşenler *duygu düzenleme güçlüğü ölçeğini* oluşturan alt faktörler olarak tanımlanmıştır.

- **Farkındalık:** Olumlu ya da olumsuz duygular yaşarken bu duygulara ilişkin farkındalığın olmaması. Örnek: 'Ne hissettiğimi dikkate alırım'
- **Açıklık:** Olumlu ya da olumsuz duygular yaşarken bu duyguların anlaşılabilmesi, ne hissettiğinin bilinmemesi. Örnek: 'Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur'
- **Kabullenmeme:** Olumsuz duygular yaşarken bu duyguların kabul edilememesi. Örnek: 'Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım'
- **Dürtü:** Olumsuz duygular yaşarken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşanması ya da dürtülerin kontrol edilememesi. Örnek: 'Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarırım'
- **Hedefler:** Olumsuz duygular yaşarken amaç odaklı davranışlara yönelmede güçlük yaşanması, ödevleri ya da işleri tamamlayamama, yarıda bırakma. Örnek: 'Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım'
- **Stratejiler:** Olumsuz duygular yaşarken bu duyguları atlatmak ya da bu duyguların etkilerinden kurtulmak için adaptif duygu düzenlemenin yapılamaması ya da bir çözüm yolunun bulunamaması. Örnek: 'Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmemin bir yolunu bulacağımı bilirim'

4.2.8 Duygu Düzenleme Güçlüğü ile İlişkili Ruhsal Hastalıklar

Duygu düzenleme güçlüğü son dönemlerde dikkat çeken bir konu haline gelmiştir. Ruhsal bozuklukların ortaya çıkış mekanizmaları hala net olarak açıklanamamıştır ve duygu düzenleme güçlüğü'nün bu bozuklukların ortaya çıkmasında önemli bir faktör olabileceği tartışılan bir konudur. Birçok ruhsal hastalığın ortaya çıkışında uygun olmayan duygulanım, yoğun kaygı, coşku ve üzüntü, belirli duyguların ağırlıkta olması ya da olmamasının önemi bildirilmiştir⁷⁰.

4.2.8.1 Duygu Düzenleme ve Duygudurum Bozuklukları

Duygu düzenleme güçlüğü'nün majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu gibi hastalıklarla ilişkisi daha önce yapılan çalışmalarda değerlendirilmiştir⁷².

Ruminasyon, tekrarlayıcı olumsuz düşünceler ve bu düşüncelerin sonucu oluşan duygu ve davranışlarla karakterize edilir⁷³. Ruminasyon sıklığı arttıkça, depresif ve kaygı düzeylerinin arttığı görülmüştür⁷⁴. Ruminasyonların sıklığının ruhsal bozuklukların nükslerine ve kronisiteye sebep olduğu bildirilmektedir. Araştırmacılar, ruminasyon ile depresif belirtiler arasındaki ilişkinin, yaygın olarak kullanılan ruminasyon ve depresif belirtirinin birbirlerini tetiklemesinden

kaynaklandığını düşünmüşlerdir^{75,76}. Major depresyonda, bastırmanın daha sık kullanıldığı, yeniden düzenlemenin daha az sıklıkta kullanıldığı gösterilmiştir^{77,78}.

Yapılan araştırmalarda duygu düzenleme güçlüğü'nün, bipolar bozukluk hastalarında da mevcut olduğunu göstermiştir. Yakın zamandaki yapılmış çalışmalarda, bipolar bozukluk hastalarında uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin artmış kullanımı ve uyumlu duygu düzenleme stratejilerinin azalmış kullanımı gösterilmiştir⁷⁹. Duygu düzenleme güçlüğü, depresif eğilimi öngörmektedir. Bu bulgular, duygu düzenleme güçlüğü'nü gidermek ve duygudurum bozuklukları semptomatolojisini iyileştirmek için, yeni tedavi stratejilerinin geliştirilmesine yönelik önemli bir adım teşkil etmektedir⁸⁰.

4.2.8.2 Duygu Düzenleme ve Diğer Ruhsal Bozukluklar

Duygusal tepkilerin kabul edilmemesinin, kaygının psikopatolojisinde yer aldığı öne sürülmüştür^{81,82,83}. Yaygın anksiyete bozukluğunda, DLDPFK'de dâhil olmak üzere fronto-limbik bölgeleri kapsayan nöral devrelerde anormalliklerin olduğu, bu anormalliklerin ise duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olduğu belirtilmektedir^{84,85}.

Sosyal fobideki duygu düzenleme güçlüğü; kişilerin yaşadıkları olumsuz duygu ile baş edebilmek amacıyla, kaçınma gibi işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerine yönelme ve duygularını ifade etmede zorluk yaşama şeklinde görülmektedir^{86,87}.

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile ilgili yapılan araştırmalarda, TSSB'de görülen yoğun kaygı duygusu ve dürtü kontrol zorluğu gibi belirtilerin; duygusal netlik, amaca yönelik davranışlar ve duygusal tepkinin kabullenmemesi ile ilişkili olduğu ve TSSB şiddeti ile korelasyon gösterdiği saptanmıştır^{88,89}.

Obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) olan hastalarda duygu düzenleme güçlüğü'nün duygusal tepkinin aşırı olmasına neden olabileceği belirtilmiştir⁹⁰. Yapılmış bir araştırmada, OKB hastalarındaki artmış duygusal aktivitenin, DLDPFK'de meydana gelen bir bilişsel kontrol başarısızlığından kaynaklanan duygu düzenleme yetersizliğine bağlı olabileceği düşünülmüştür⁹¹.

Trikotilomani semptomları bulunan hastaların, duygularını düzenleme ve sıkıntıyı tolere edebilmelerinde daha fazla güçlükler çektiği görülmüştür⁹². Otomatik saç çekme herhangi bir duygu düzenleme stratejisiyle ilişkili değilken; odaklanmış saç çekmenin duygu düzenleme stratejileriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Duygu düzenleme güçlüğü'nün; sorunlu alkol kullanımı, alkol bağımlılığı ve intihar riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir^{93,94,95}. Kişinin olumsuz duygulara maruz kalma sıklığının, alkol ve madde bağımlılığını öngördüğü ileri

sürülmüştür⁹⁶. Ülkemizde alkol ve madde bağımlıları üzerinde yapılmış bir çalışmada ise; kendini yaralayan hastaların yaralamayan hastalara göre daha çok duygu düzenleme güçlüğü çektiği, olumsuz duygulanım etkisi altındayken hastaların duygu düzenleme stratejilerine ulaşma ve davranışlarının kontrol etmede güçlükler yaşadıkları, duygu düzenleme güçlüklerinin istismar ve ihmal olaylarıyla ilişkisi olduğu, bu kişilerin çocukluklarında daha yüksek oranda fiziksel ve duygusal istismar ve ihmale maruz kaldıkları, intihar girişiminin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir⁹⁷.

Yeme bozukluklarının etiyolojik modelleri duygu düzenleme güçlüğü'nün rolünü vurgulamıştır^{98,99,100}. Yeme bozukluklarındaki duyguların farkındalık, açıklık, dürtü denetiminde bozulma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir¹⁰¹.

Duygularını tanımlayamayan ve ifade edemeyen, duygularının farkında olamayan kişilerin duyguları düzenlemede bilişsel becerilerde yetersizlikleri olduğu belirtilmiştir¹⁰². Ağrı belirtileri ile olumsuz duygulara maruz kalma arasındaki ilişkinin, işlevsiz duygu düzenleme stratejileri tarafından etkilenmiş olduğu gösterilmiştir¹⁰³. Somatizasyon bozukluğunun, duygunun aşırı düzenlenmesini içeren stratejilerle ilişkili olduğu öne sürülmüştür¹⁰⁴. Etkili duygu düzenleme stratejilerinin olumsuz duyguların azaltılması ve somatik belirtilerin azaltılması ile ilişkili olduğu bildirilmektedir¹⁰⁵.

Duygu düzenleme güçlüğü ile en çok araştırılan kişilik bozukluğu borderline kişilik bozukluğu olmuştur. Borderline kişilik bozukluğu belirtilerinin, duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olduğu düşünülmektedir^{106,107}. Bu kişilerde farkındalık, açıklık ve dürtü kontrolünde güçlükler, bilişsel yeniden değerlendirmede yetersizliklerin olduğu gösterilmiştir^{108,109}. Narsistik kişilik bozukluğundaki duygu düzenlemedeki yetersizlik veya eksiklik, belirgin duygu bozukluğuna ve başkalarının duygularını belirleme, anlama ve değerlendirme yetersizliğine sebep olduğu bildirilmiştir¹¹⁰.

4.2.9 Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Tedavi

İnternet tabanlı duygu düzenleme eğitimi, diyalektik davranış terapisi, duygu odaklı bilişsel davranış terapi, şema terapisi, duygu düzenleyici grup terapisi gibi çeşitli eğitim ve terapiler uygulanmaktadır^{9,10,44,52,95}.

4.2.10 Duygu Düzenleme ve Genetik

Duygu düzenlenmesindeki bireysel farklılıklar; ebeveyn davranış ve tutumları, fizyolojik süreçler ve mizaç değişkenliği ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte, erken çocukluk döneminde duygu düzenlenmesinde potansiyel bir değişkenlik kaynağı olarak genetik etkiler büyük ölçüde keşfedilmemiş durumdadır. Duygu düzenleme stratejileri bebeklik döneminde gelişmeye başlamaktadır. 3 yaşında ve aynı cinsiyette olan ikiz bebekler üzerinde yapılmış bir çalışmada; hem genetik hem de çevresel faktörlerin duygu düzenlemeyi ve işlevsel belleği önemli derecede etkilediği gösterilmiştir¹¹¹. Bir başka çalışmada ise; dopaminle ilişkili genetik polimorfizmler ile bebeklik çağında kötü

muameleye maruz kalma öyküsü arasındaki ilişki incelenmiştir, bu ilişkinin bebeklerde duygu düzenleme davranışını öngördüğü düşünülmüştür. Sonuçlar, annenin kötü muamele öyküsü ile bebek duygu düzenleme stratejisi arasındaki ilişkinin bebek genotipi ile modüle edildiği belirtilmiştir¹¹².

4.2.11 Duygu Dışavurum

Yapılan araştırmalarda aile tutumlarının ruhsal hastalık belirtilerinin şiddeti, hastalığın relaps sıklığı ve gidişatı üzerinde belirleyici bir rolü olduğu, ruhsal hastalıkların takibi ve tedavisi sırasında ailenin de ele alınmasının gerekli olduğu vurgulanmaktadır^{113,114,115}.

Duygu dışavurumu, bir üyesinde psikiyatrik hastalık bulunan ailelerde, hastayla yaşayan yakınlarının o üyeye karşı duygusal tutum ve davranışları olarak tanımlayabiliriz¹¹⁶.

Duygu dışavurum ile ilgili araştırmalar 1950 yıllarında George Brown ve arkadaşları, ailenin duygusal tutumunun şizofreni hastalarındaki etkisini incelemişlerdir¹¹⁷. Taburcu sonrası pansiyonlarda veya evlerinde kardeşleriyle yaşayan şizofreni hastalarının, ailesinin yanında veya büyük kurumlarda yaşayan hastalara göre daha az sıklıkta relaps geçirdikleri ve hastaneye yatışlarının daha az olduğu görülmüştür. Bu sonuç, ev ortamından kaynaklanabileceğini düşündürmüştür.

Duygu dışavurumun relapsla ilişkili bulunan üç bileşeni vardır¹¹⁸:

- **Eleştiricilik:** Aile üyelerinin hastanın davranışları ve kişilik özellikleri hakkında hoşnutsuzluklarının ve kızgınlıklarının hastanın kendisine ifade edilmesini, hastanın davranışlarına dair olumsuz yorumlar yapılmasını içermektedir.
- **Düşmanlık:** Doğrudan reddetme, suçlama veya hastanın her şeyinin eleştirilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Düşmanlık hastaya karşı hoşnutsuzluktan çok hastanın kişiliğine karşı ciddi ve yaygın bir negatif tutum olarak düşünülebilir.
- **Aşırı İlgililik/Koruyucu/Kollayıcılık:** Hasta yakınının abartılı duygusal tepki vermesi, özveri ve aşırı hoşgörülü davranması, hastanın hastalığıyla aşırı düzeyde uğraşması, duygusal sıkıntı ve hastayı aşırı düzeyde kontrol altında tutma denemeleri, kısaca korunmaya muhtaç küçük çocuk muamelesini içermektedir.

Aile üyelerinin duygusal tutumları “duygu ifadesi ya da duygu dışavurum (DD)” olarak adlandırılır¹¹⁹. DD aile içindeki ilişkileri gösterir¹²⁰.

DD yüksek olan ailelerin; çok konuşup az dinledikleri, aşırı müdahaleci ve suçlayıcı oldukları, tepkilerinin abartılı olduğu, hastanın rol yaptığından şüphelenirler.

duydukları, bu ortamlarda yaşayan hastaların da yaşam olaylarına tek başına çözüm bulma becerilerinin yetersiz bulunduğu, DD düşük olan ailelerin ise; daha toleranslı, yardımsever, ilgili, duyarlı ve kabullenici özellikleri olduğu saptanmıştır^{121,122,123}.

Bipolar bozukluk ile ilgili yapılan çalışmalarda, ebeveynler arasında yüksek düzeyde eleştiri, düşmanlık veya çocuklarını korumak için aşırı duygusal ilgi olarak tanımlanan yüksek düzeyde DD, bipolar bozukluğu olan hastalarda hastalık tekrarlamaları ve daha şiddetli depresif belirtilerle prospektif olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yüksek DD'nin, tedavi koşullarından bağımsız olarak 2 yıllık takip süresi içinde depresyon düzeylerini artırdığını saptanmıştır^{124,125}.

Bipolar bozukluğu olan kişiler arasında DD 9 ay boyunca incelemiş ve hastaneden yüksek DD ile evlerine geri dönen hastalarda, % 90'lık nüks oranı, düşük DD ile evlerine dönen hastalarda ise % 54'lük nüks oranı bildirilmiştir¹²⁶. Japonya'da yapılmış benzer bir çalışmada ise 32 hasta üzerinde yapılan 9 aylık izlemde, yüksek DD'li grupta relaps riski % 83.3, düşük DD'li grupta relaps riskini ise % 19.2 olarak saptanmıştır¹²⁷.

Bipolar bozukluk tanısı olan ve ebeveynlerinde yüksek duygu ifadesi olan ergenlerde ise; ebeveynlerinde düşük duygu ifadesi sahip olanlara göre daha fazla depresyon ve mani belirtileri görüldüğü saptanmıştır¹²⁸. Ergenlerde yapılan bir başka çalışmada ebeveynlerinde yüksek duygu ifadesi ve tutumları ergenlik çağındaki intihar düşüncesi ile ilişkilendirilmiştir¹²⁹. Ülkemizde 2005 yılında yapılan bir çalışmada, 60 bipolar hasta ve 60 hasta yakını çalışmaya alınmış olup DD düzeyleri yüksek olan grupta; DD düzeyleri düşük olan gruplara göre, hastaların relaps sayısı, hastaneye yatış sayısı ve farmakolojik tedaviye uyumları daha kötü bulunmuştur ve özellikle DD bileşenlerinden 'Eleştiricilik-Düşmanlık' ifadelerine dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmıştır¹³⁰.

5 GEREÇ VE YÖNTEMLER

5.1 Araştırmanın Türü ve Etik Kurul

Bu çalışma, bipolar bozukluk tanılı hastaların ve birinci derece yakınlarının duygu düzenleme güçlüklerinin belirlenmesi, hastaların duygu düzenleme güçlükleri ile hastanın yaşam kalitesi, tedaviyi uyumu ve ailenin duygu dışavurumu ile ilişkisinin belirlemek amacıyla planlanmış randomize olmayan paralel kontrollü, kesitsel anket çalışmasıdır. Bu çalışma için Mersin Üniversitesi Rektörlüğü Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 22.06.2017 tarihli ve 2017/187 sayılı kurul kararı ile onayı alınmıştır.

Etik Kurul İzni Ek-1'de yer almaktadır.

5.2 Araştırmanın Evreni

'Bipolar Bozukluk tanılı hastaların ve birinci derece yakınlarının duygu düzenleme güçlüklerinin belirlenmesi' başlıklı tez çalışmasına Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve bipolar bozukluk teşhisi almış hastalar ve hasta yakınları dâhil edilmiştir. Prospektif olarak planlanan bu çalışmaya 2017 Temmuz-Ağustos-Eylül ayları arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvurmuş olan ilgili hastalar dâhil edilmiştir. Önemli parametrelerden olan ve tüm gruplara uygulanacak "Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)" alt parametreleri göz önüne alınarak taranan literatür bilgisi doğrultusunda kontrol ve bipolar olmak üzere 2 grup arasında ortalama 11 birimlik bir fark elde edebilmek için, %5 tip 1 hata ve %80 güç ile her gruba minimum 63 hastanın dahil edilmesi gerektiği belirlenmiştir. Çalışmadaki grup sayısı 3 olduğu için bu sayı toplam en az 189 olacak şekilde belirlenmiştir.

Araştırmanın evreni, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran olan 64 BPB tanılı hasta ve bunların birinci derece yakınları, 66 kontrol grubu olmak üzere toplam 194 katılımcıdan oluşmaktadır.

Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri:

- Hasta Grubu: DSM-5 tanı ölçütlerine BPB-1 ve BPB-2 tanısı almış olan hastalar
- Hasta Yakını Grubu: DSM-5 tanı ölçütlerine göre BPB-1 ve BPB-2 tanısı almış olan hastaların birinci derece (Eşi, Çocukları, Annesi, Babası ya da Kardeşlerinden herhangi birisi) yakınları
- Sağlıklı Kontrol Grubu: DSM-5 tanı ölçütlerine göre herhangi bir ruhsal hastalık tanısı bulunmayan gönüllüler
- Bütün gruplarda 18 yaşını doldurmuş olanlar

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri:

- Hasta Grubu: DSM-5 tanı ölçütlerine göre BPB-1 ve BPB-2 dışında ek olarak herhangi başka bir ruhsal hastalık tanısı konmuş olan hastalar
- Hasta Yakını Grubu: DSM-5 tanı ölçütlerine göre BPB-1 ve BPB-2 tanısı almış olan hastaların 2. ve 3. derece yakınları
- Sağlıklı Kontrol Grubu: DSM-5 tanı ölçütlerine göre herhangi bir ruhsal hastalık tanısı bulunan gönüllüler
- Bütün gruplarda 18 yaşını doldurmamış olanlar

5.3 Yöntem

Çalışmada **3 grup** bulunmaktadır. Tüm bireyler çalışma konusunda aydınlatılıp ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu onayladıktan sonra çalışmaya alınmıştır.

1)Hasta Grubu: Yapılacak klinik görüşme sonucunda DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk 1 ve bipolar bozukluk 2 tanısı almış her hastaya sırasıyla;

a-Sosyodemografik Bilgi Formu,

b-Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği,

c-Yaşam Kalitesi Ölçeği,

d-Morisky Tedavi Uyum Ölçeği uygulanmıştır.

Yapılan klinik görüşme sonucunda hastanın manik ya da hipomanik atakta saptanması durumunda atak şiddetinin değerlendirilmesi amacıyla hastaya

e-Young Mani Derecelendirme Ölçeği ek olarak uygulanmıştır.

Yapılan klinik görüşme sonucunda hastanın depresif atakta saptanması durumunda atak şiddetinin değerlendirilmesi amacıyla hastaya

f-Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ek olarak uygulanmıştır.

2)Hasta Yakını Grubu: Yapılacak klinik görüşme sonucunda DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk 1 ve bipolar bozukluk 2 tanısı almış olan hasta yakınına;

a- Sosyodemografik Bilgi Formu,

b-Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği,

c-Duygu Dışavurum Ölçeği uygulanmıştır.

3)Sağlıklı Kontrol Grubu: Çalışmaya katılan her sağlıklı kontrol grubuna;

a- Sosyodemografik Bilgi Formu,

b-Duygu Düzenleme Güçlüğü  leği uygulanmıştır.

Çalışmada kullanılan ana  lek Duygu Düzenleme Güçlüğü  leğidir. Bu  lek üzerinden Hasta-Hasta Yakını grupları, Hasta-Sağlıklı Kontrol grupları ve Hasta Yakını-Sağlıklı Kontrol grupları karşılaştırılmıştır. Bu şekilde hastaların duygu düzenleme güçlükleri ve duygu ifadeleri araştırılmıştır. Ayrıca hasta ve hasta yakını gruplarında kullanılan diğer ölçeklerle beraber hastanın yaşam kalitesi ve tedavi uyumu hakkında bilgi edinilecektir. Elde edilen bu bilgilerle hastanın duygu düzenleme güçlükleri arasından herhangi bir korelasyon ya da ilişkinin bulunup bulunmadığı araştırılmıştır.

5.4 Veri Toplama Araçları

5.4.1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Çalışmada tarafımızca hazırlanan bilgi formu kullanıldı. Bu form kullanılarak hastaların; yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, yerleşim yeri ve kiminle yaşamakta olduğu ile ilgili bilgiler, geçmiş ya da mevcut psikiyatrik hastalık öyküsü, hastaneye yatış sayısı, intihar girişim öyküsü, fiziksel hastalık, ailede psikiyatrik hastalık gibi veriler, hastaların verdiği bilgilerle doldurulmuştur.

Sosyodemografik Bilgi Formu Ek-2'de yer almaktadır.

5.4.2 DSM-IV-TR Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)

Eksen I psikiyatrik bozukluk tanılarını göz önüne alarak araştıran yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur¹³¹.

orapioğlu ve arkadaşları (1999), SCID-I'in Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını gerekleřtirmiřlerdir¹³².

5.4.3 Duygu Düzenleme Güçlüğü  leği (DDGÖ)

Bu çalışmada, katılımcıların duygu düzenleme güçlüklerini değerlendirmek amacıyla Gratz ve Roemer tarafından geliştirilen Duygu Düzenleme Güçlüğü  leği (DDGÖ) (Difficulties in Emotion Regulation Scale-DERS) kullanılmıřtır⁷¹. 36 sorudan oluşan ölçeğin 6 alt  leği bulunmaktadır.

- 1) Farkındalık (madde 2, 6, 8, 10, 17, 34)
- 2) Açıklık (madde 1, 4, 5, 7, 9)
- 3) Kabullenmeme (madde 11, 12, 21, 23, 25, 29)
- 4) Stratejiler (madde 15, 16, 22, 28, 30, 31, 35, 36)
- 5) Dürtü (madde 3, 14, 19, 24, 27, 32)
- 6) Hedefler (madde 13, 18, 20, 26, 33)

Rugancı ve Gençöz, ölçeğin yetişkinler için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını gerçekleştirmişlerdir¹³³. Yüksek puanlar, duygu düzenleme güçlüğüne göstermektedir.

DDGÖ Ek-3'te yer almaktadır.

5.4.4 Duygu Dışavurum Ölçeği (DDÖ)

Bu çalışmada kullanılan Duygu Dışavurum Ölçeği, hasta yakınının kendisini ve hastayı nasıl algıladığını değerlendirmek amacıyla Berksun tarafından geliştirilen ölçek 'Doğru/Yanlış' olarak yanıtlanan 41 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 29 maddesi Eleştiricilik/Düşmanlık (ED) ve 12 maddesi Aşırı İlgi/Koruyucu/Kollayıcılık (AİKK) olmak üzere 2 alt ölçeği bulunmaktadır¹³⁴. Yüksek puanlar olumsuz duygu dışavurumu göstermektedir.

DDÖ Ek-4'te yer almaktadır.

5.4.5 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kısa Form-36)

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olup Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir^{135,136}. Hastanın son 4 haftası göz önünde bulundurularak doldurulmaktadır, 8 alt ölçeği bulunmaktadır.

- 1) Fiziksel Fonksiyon (10 madde),
- 2) Sosyal İşlevsellik (2 madde),
- 3) Fiziksel Fonksiyonlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları (4 madde),
- 4) Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları (3 madde),
- 5) Ruhsal (Mental) Sağlık (5 madde),
- 6) Enerji/Canlılık (4 madde),
- 7) Ağrı (2 madde)
- 8) Genel Sağlık Algısı (5 madde)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Ek-5'te yer almaktadır.

5.4.6 Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinin (MTUÖ)

Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiştir^{137,138}. Ölçek, ilaç uyumunu ölçen, 'Evet/Hayır' seçeneği dört kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin bipolar bozukluk için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir¹³⁹.

MTUÖ Ek-6'da yer almaktadır.

5.4.7 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)

Hamilton tarafından depresyon derecesinin ölçmek amacıyla geliştirilmiş olup Akdemir ve arkadaşları Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını gerçekleştirmişlerdir^{140,141}.

HDDÖ Ek-7'de yer almaktadır.

5.4.8 Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Young ve arkadaşları tarafından maninin derecesini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olup Karadağ ve arkadaşları Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını gerçekleştirmişlerdir^{142,143}.

YMDÖ Ek-8'de yer almaktadır.

5.5 İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada istatistik anlamlılık seviyesi $p < 0.05$ olarak alınmıştır. Hastalık tipleri arasında sürekli ölçümler bakımından istatistiksel anlamlı farklılık kontrolü ANOVA (varyans analizi) ile değerlendirildi. Özet istatistik olarak ortalama±standart sapma, minimum ve maksimum değerler verilmiştir. Kategori cinsinden değişkenler bakımından hastalık atakları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı ki-kare istatistiği ile değerlendirilmiştir.

Bu araştırmanın tüm istatistiksel analizleri "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS 21.0) paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

6 BULGULAR

Çalışmaya 64 hasta, 64 hasta yakını ve 66 sağlıklı kontrol olmak üzere 194 katılımcı alınmıştır.

6.1 Hasta Grubunda Sosyodemografik Bulgular

Hasta grubu; 31 ötimik hasta, 21 depresif atakta olan hasta ve 12 hipomanik/manik atakta olan hastadan oluşmaktadır.

Elde edilen ANOVA sonuçlarına göre hasta tipleri arasında hastaların yaş, hastalık süresi, atak sayıları, hastaneye yatış sayıları ve intihar girişim sayıları açısından farklılık görülmemiştir (Tablo 7).

Tablo 7. BPB hastaların Yaş, Hastalık Süresi, Atak Sayısı, Hastaneye Yatış Sayısı, İntihar Girişim Sayısı Ortalamaları

Değişken	Ötimik	Depresif	Hipomanik/ Manik	p
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	
Yaş	43.68±16.42	41.86±9.62	42.25±14.65	0.892
Hastalık Süresi	13.81±12.32	9.71±7.11	10.83±12.73	0.396
Atak Sayısı	7.26±7.68	7.57±5.30	6.17±6.94	0.846
Hastane Yatış Sayısı	2.92±2.43	2.07±1.39	2.50±2.84	0.515
İntihar Girişim Sayısı	1.44±0.73	1.62±1.06	1.00±0.00	0.662

Ötimik ve depresif atakta olanlarda kadın ve erkekler oranları benzer iken, hipomanik/manik atakta olanlarda bu oran farklılık göstermiştir. Ötimik ve depresif olanlarda kadın oranı daha yüksekken, hipomanik/manik olanlarda erkek oranı daha yüksek bulunmuştur. Mevcut Duygudurum ve İlk Atak Tipi arasında bir ilişki vardır. Farklılık sebebi hipomanik/manik atak tanısı konanların %91,7'sinin ilk atak tipi yine hipomanik/manik atak olmuştur. Depresif atak tanısı konanların %71,4'ünün ilk atak tipi yine depresif atak olmuştur. Ötimi tanısı konanların yaklaşık yarısı (%51,6) ilk atak tipleri depresif atak diğer yarısı (%48,4) ise hipomanik/manik atak olarak saptanmıştır. Medeni Durum, Eğitim Düzeyi, Çalışma durumu, Yaşanılan Yer, Hastanede Yatış, İntihar Girişimi, Ek Tıbbi Hastalık, Yaşadığı Kişiler, Ailede Ruhsal Hastalık ile Mevcut Duygudurum arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Mevcut Duygudurum ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişkisi

<u>Değişkenler</u>	Mevcut Duygudurum			p
	Ötimik Sayı(Oran)	Depresif Sayı(Oran)	Hipomanik/ Manik Sayı(Oran)	
<u>Cinsiyet</u>				
Kadın	22(71,0%)	15(71,4%)	4(33,3%)	0.048
Erkek	9(29,0%)	6(28,6%)	8(66,7%)	
<u>Medeni Durum</u>				
Bekar	11(35,5%)	6(28,6%)	2(16,7%)	0.513
Evli	18(58,1%)	14(66,7%)	10(83,3%)	
Boşanmış/Dul	2(6,5%)	1(4,8%)	0(0,0%)	
<u>Eğitim Düzeyi</u>				
İlköğretim	7(22,6%)	6(28,6%)	2(16,7%)	0.896
Lise	12(38,7%)	7(33,3%)	6(50,0%)	
Üniversite ve üstü	12(38,7%)	8(38,1%)	4(33,3%)	
<u>Çalışma Durumu</u>				
Çalışmıyor	18(58,1%)	14(66,7%)	4(33,3%)	0.300
Çalışıyor	6(19,4%)	5(23,8%)	5(41,7%)	
Emekli	7(22,6%)	2(9,5%)	3(25,0%)	
<u>Yaşanılan Yer</u>				
Merkez	25(80,6%)	17(81,0%)	9(75,0%)	0.908
İlçe	6(19,4%)	4(19,0%)	3(25,0%)	
<u>Hastane Yatışı</u>				
Yok	6(19,4%)	6(28,6%)	2(16,7%)	0.658
Var	25(80,6%)	15(71,4%)	10(83,3%)	
<u>İntihar Girişimi</u>				
Yok	22(71,0%)	13(61,9%)	10(83,3%)	0.429
Var	9(29,0%)	8(38,1%)	2(16,7%)	
<u>İlk Atak Tipi</u>				
Depresif Atak	16(51,6%)	15(71,4%)	1(8,3%)	0.001
Hipomanik/Manik Atak	15(48,4%)	6(28,6%)	11(91,7%)	
<u>Ek Tıbbi Hastalık</u>				
Yok	22(71,0%)	14(66,7%)	8(66,7%)	0.933
Var	9(29,0%)	7(33,3%)	4(33,3%)	
<u>Yaşadığı Kişiler</u>				
Eş, Çocuk	19(61,3%)	15(71,4%)	10(83,3%)	0.519
Anne, Baba, Kardeş	11(35,5%)	6(28,6%)	2(16,7%)	
Tek yaşıyor	1(3,2%)	0(0,0%)	0(0,0%)	
<u>Ailede Ruhsal Hastalık</u>				
Yok	24(77,4%)	15(71,4%)	8(66,7%)	0.749
Var	7(22,6%)	6(28,6%)	4(33,3%)	

Hasta grubu atak sayıları ve intihar sayıları karşılaştırılmasında elde edilen değerler üzerinde toplam hastalık süresinin etkisi nedeniyle atak sayısının toplam hastalık süresine bölünmesi ile elde edilen atak frekansı,

intihar sayısının toplam hastalık süresine bölünmesi ile elde edilen intihar frekansı, atak ve intihar sıklığı açısından daha anlamlı olduğu belirtilmektedir¹⁴⁴. Mevcut duygudurum ile atak sıklığı ve intihar sıklığı arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 9).

Tablo 9. BPB hastaları Atak ve İntihar Sıklığı

	Ötimik	Depresif	Hipomanik/Manik	p
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	
Atak sıklığı	0.72±0.58	1.02±0.82	0.77±0.34	0.243
İntihar sıklığı	0.23±0.16	0.26±0.22	0.05±0.03	0.375

6.2 Hasta Grubunda Klinik Değerlendirme Ölçekleri

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği(DDGÖ) ile hastanın yaş, hastalık süresi, yaşanan yer, hastaneye yatış sayısı, intihar girişim sayısı, ek tıbbi hastalık arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

DDGÖ 'strateji', 'açıklık' alt ölçekleri ve toplam puan ile hastaların geçirmiş oldukları 'atak sayısı' arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ancak bu ilişki zayıf düzeydedir. DDGÖ puanı daha yüksek olanlarda geçirilmiş atak sayısı daha fazladır (Tablo 10).

Tablo 10. Atak Sayısı ile DDGÖ karşılaştırılması

		DDGÖ-K	DDGÖ-H	DDGÖ-D	DDGÖ-F	DDGÖ-S	DDGÖ-A	DDGÖ-T
Atak	r	.224	.055	.163	.214	.296*	.274*	.283*
Sayı	p	.075	.669	.197	.089	.017	.029	.023

(DDGÖ-T:DDGÖ Toplam Puan)

Hastaların mevcut duyguduruma göre Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği(DDGÖ) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği(SF) puanları açısından karşılaştırıldı (Tablo 11).

DDGÖ-Farkındalık (DDGÖ-F), DDGÖ-Açıklık (DDGÖ-A), SF-Sosyal İşlevsellik (SF-Sİ), SF-Ağrı (SF-A) değişkenleri bakımından hasta grupları arasında anlamlı bir farklılık yoktu (p>0.05).

DDGÖ-Kabullenmeme (DDGÖ-K) puanları bakımından gruplar arasında fark olduğu görülmüştür (p=0.002) ve bu farklılığın nedeni ötimik ve depresif

atak grupları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır ($p=0.001$). DDGÖ-K puanı depresif atakta olan hastalarda, ötimik hastalara göre daha yüksek saptanmıştır. Ötimik-hipomanik/manik grupları ve depresif-hipomanik/manik grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

DDGÖ-Hedefler (DDGÖ-H) puanları bakımından gruplar arası fark vardır ($p=0.003$) ve bu farklılığın nedeni *depresif atakta* olan grubun hem ötimiklerden ($p=0.008$) hem de hipomanik/manik atakta olanlardan ($p=0.010$) farklı olmasından kaynaklanmaktadır. DDGÖ-H puanı depresif atakta olan hastalarda, hem ötimik hastalardan hem de hipomanik/manik atakta olan hastalardan daha yüksek saptanmıştır. Ötimik-hipomanik/manik grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

DDGÖ-Dürtü (DDGÖ-D) puanları bakımından gruplar arası fark vardır ($p=0.002$) ve bu farklılığın nedeni *ötimik* ve *depresif* atakta olan grupların karşılaştırılmasında görülmüştür ($p=0.001$). Depresif atakta olan hastalarda DDGÖ-D puanı, ötimik hastalara göre daha yüksek saptanmıştır. Ötimik-hipomanik/manik grupları ve depresif-hipomanik/manik grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

DDGÖ-Strateji (DDGÖ-S) puanları bakımından gruplar arasında fark vardır ($p<0.001$) ve farklılık *ötimik* ve *depresif* atakta olanlar arasında görülmüştür ($p<0.001$). Depresif atakta olan hastalarda DDGÖ-S puanı ötimik hastalara göre daha yüksek saptanmıştır. Ötimik-hipomanik/manik grupları ve depresif-hipomanik/manik grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

DDGÖ-Toplam puanları bakımından gruplar arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) ve bu farklılığın sebebi *depresif* atakta olan grup ile ötimik grup ($p<0.001$) ve depresif grup ile hipomanik/manik atakta olan gruplar ($p=0.016$) arasında görülmüştür. Depresif atakta olan hastalarda DDGÖ-Toplam puanı hem ötimik hastalardan hem de hipomanik/manik atakta olan hastalardan daha yüksek saptanmıştır. Ötimik-hipomanik/manik grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

SF-Fiziksel Fonksiyon (SF-FF) puanları bakımından gruplar arası fark vardır ($p=0.004$) ve bu farklılığın nedeni depresif atakta olan grubun hem ötimiklerden ($p=0.018$) hem de hipomanik/manik atakta olanlardan ($p=0.007$) farklı olmasından kaynaklanmaktadır. SF-FF puanı depresif atakta olan hastalarda, hem ötimik hastalardan hem de hipomanik/manik atakta olan hastalardan daha düşük saptanmıştır. Ötimik-hipomanik/manik grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

SF-Fonksiyonel Rol Güçlüğü (SF-FRG) puanları bakımından gruplar arası fark vardır ($p=0.027$) ve bu farklılığın sebebi ötimik ve depresif atakta olan grup arasındaki farktan kaynaklanmaktadır ($p=0.032$). SF-FRG puanı depresif atakta olan hastalarda, ötimik hastalara göre daha düşük saptanmıştır. Ötimik-

hipomanik/manik grupları ve depresif-hipomanik/manik grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

SF-Emosyonel Rol Güçlüğü (SF-ERG) puanları bakımından gruplar arası fark vardır ($p=0.001$) ve bu farklılığın nedeni depresif atakta olan grubun hem ötimiklerden ($p=0.002$) hem de hipomanik/manik atakta olanlardan ($p=0.003$) farklı olmasından kaynaklanmaktadır. SF-ERG puanı depresif atakta olan hastalarda, hem ötimik hastalardan hem de hipomanik/manik atakta olan hastalardan daha düşük saptanmıştır. Ötimik-hipomanik/manik grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

SF-Enerji (SF-E) puanları bakımından gruplar arası fark vardır ($p<0.001$). SF-E puanı hipomanik/manik atakta olan hastalarda, hem ötimiklerden hem de depresif atakta olan hastalardan daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca ötimik hastaların SF-E puanları, depresif atakta olan hastalara göre de daha yüksek saptanmıştır.

SF-Ruhsal Sağlık (SF-RS) puanları bakımından gruplar arası fark vardır ($p<0.001$) ve bu farklılığın nedeni depresif atakta olan grubun hem ötimiklerden ($p<0.001$) hem de hipomanik/manik atakta olanlardan ($p<0.001$) farklı olmasından kaynaklanmaktadır. SF-RS puanı depresif atakta olan hastalarda, hem ötimik hastalardan hem de hipomanik/manik atakta olan hastalardan daha düşük saptanmıştır. Ötimik-hipomanik/manik grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

SF-Genel Sağlık Algısı (SF-GSA) puanları bakımından gruplar arası fark vardır ($p<0.001$) ve bu farklılığın nedeni depresif atakta olan grubun hem ötimiklerden ($p<0.001$) hem de hipomanik/manik atakta olanlardan ($p<0.001$) farklı olmasından kaynaklanmaktadır. SF-GSA puanı depresif atakta olan hastalarda, hem ötimik hastalardan hem de hipomanik/manik atakta olan hastalardan daha düşük saptanmıştır. Ötimik-hipomanik/manik grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 11. Mevcut Duygudurum ile DDGÖ ve SF ölçek puanlarının karşılaştırılması

ÖLÇEK	Ötimik	Depresif	Hipomanik/Manik	p
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	
DDGÖ Kabullenmeme	13.13±4.48	18.52±5.81	14.75±5.43	0.002
DDGÖ Hedefler	15.38±3.79	19.04±4.05	14.50±5.23	0.003
DDGÖ Dürtü	14.67±5.04	19.66±4.13	16.75±4.67	0.002
DDGÖ Farkındalık	16.00±4.07	16.00±4.53	15.66±5.77	0.974
DDGÖ Stratejiler	19.06±6.53	29.42±6.70	21.25±8.02	<0.001
DDGÖ Açıklık	12.06±3.62	14.14±3.53	12.75±3.33	0.124
DDGÖ Toplam	90.35±21.08	116.80±20.50	94.83±23.39	<0.001
SF- Fiziksel Fonksiyon	72.25±24.38	51.66±29.72	81.25±21.96	0.004
SF- Fiziksel Rol Güçlüğü	59.67±38.01	30.95±41.00	60.41±39.10	0.027
SF- Emosyonel Rol Güçlüğü	48.90±42.36	12.68±19.63	58.31±42.93	0.001
SF- Sosyal İşlevsellik	54.03±27.83	43.45±24.56	57.29±29.41	0.272
SF- Ağrı	65.00±26.21	56.19±29.43	70.20±27.04	0.326
SF- Enerji	55.96±20.95	34.28±19.25	75.83±18.80	<0.001
SF- Ruhsal Sağlık	65.03±18.93	38.85±15.08	69.66±17.17	<0.001
SF- Genel Sağlık Algısı	56.93±25.28	28.33±15.43	66.66±21.14	<0.001

(DDGÖ:Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, SF: Yaşam Kalitesi Ölçeği)

Çalışmamızda hastalara uygulanan ‘Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği(DDGÖ) ile Yaşam Kalitesi Ölçeği(SF) arasında ilişki var mı?’ sorusuna cevap arandı. Bu sorunun cevabının bizlere hastanın duygu düzenleme güçlüğüne yaşam kalitesini etkileyip etkilemediği konusunda bilgi verebileceği düşünüldü. Karşılaştırma yaparken hastanın depresif ya da hipomanik/manik

atakta olup olmaması sonuçları etkileyebilmesi düşüncesiyle karşılaştırma yaparken hastanın mevcut duygudurum göz önünde bulundurularak karşılaştırma yapıldı.

Ötimik hastalarda yapılan karşılaştırmalarda;

DDGÖ-K ile SF-E, SF-RS, SF-GSA arasında negatif ilişki, DDGÖ-H ile SF-FRG, SF-ERG arasında negatif ilişki, DDGÖ-D ile SF tüm parametreleri arasında negatif ilişki, DDGÖ-F ile SF-E, SF-RS, SF-GSA arasında negatif ilişki, DDGÖ-S ile SF tüm parametreleri arasında negatif ilişki, DDGÖ-A ile SF-Sİ, SF-E, SF-RS arasında negatif ilişki, DDGÖ-Toplam puan ile SF tüm parametreler arasında negatif ilişki saptanmıştır. Tablo 12'de ötimik hastalarda DDGÖ ile SF karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 12. Ötimik hastalarda Pearson korelasyon katsayısına(r) göre DDGÖ ile SF karşılaştırılması

Ölçekler	SF-FF	SF-FRG	SF-ERG	SF-Sİ	SF-A	SF-E	SF-RS	SF-GSA
DDGÖ-K	-.242	-.291	-.210	-.291	-.302	-.381*	-.408*	-.411*
DDGÖ-H	-.188	-.374*	-.381*	-.161	-.163	-.135	-.333	-.328
DDGÖ-D	-.592*	-.487*	-.705*	-.560*	-.419*	-.378*	-.536*	-.578*
DDGÖ-F	-.181	-.194	-.093	-.209	-.114	-.392*	-.398*	-.421*
DDGÖ-S	-.452*	-.563*	-.550*	-.412*	-.396*	-.596*	-.599*	-.694*
DDGÖ-A	-.236	-.283	-.253	-.548*	-.317	-.427*	-.510*	-.327
DDGÖ	-.441*	-.505*	-.512*	-.490*	-.394*	-.529*	-.627*	-.636*
Toplam								

(*= $p<0.05$) ($r<0.5$ =zayıf ilişki, $0.5\leq r<0.7$ =orta seviyeli ilişki, $r\geq 0.7$:kuvvetli ilişki)

Depresif hastalarda yapılan karşılaştırmalarda;

DDGÖ-K ile SF-FF arasında negatif ilişki, DDGÖ-H ile SF-FRG, SF-A, SF-GSA arasında negatif ilişki, DDGÖ-D ile SF-FF, SF-A, SF-GSA arasında negatif ilişki, DDGÖ-S ile SF-FF, SF-FRG, SF-A, SF-E, SF-GSA arasında negatif ilişki, DDGÖ-Toplam puan ile SF-FF, SF-FRG, SF-A, SF-GSA arasında negatif ilişki saptanmıştır. DDGÖ-F, DDGÖ-A ile SF arasında ilişki saptanmamıştır. Tablo 13'te depresif atakta olan hastalarda DDGÖ ile SF karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 13. Depresif atakta olan hastalarda Pearson korelasyon katsayısına(r) göre DDGÖ ile SF karşılaştırılması

Ölçekler	SF- FF	SF- FRG	SF- ERG	SF- Sİ	SF- A	SF- E	SF- RS	SF- GSA
DDGÖ-K	-.441*	-.297	-.178	.113	-.163	-.200	-.178	-.388
DDGÖ-H	-.380	-.558*	-.259	-.235	-.613*	-.349	-.293	-.566*
DDGÖ-D	-.534*	-.378	-.191	-.078	-.524*	-.336	-.282	-.635*
DDGÖ-F	-.065	-.081	.131	-.247	.031	-.089	-.167	-.064
DDGÖ-S	-.475*	-.473*	-.284	.044	-.447*	-.449*	-.339	-.664*
DDGÖ-A	-.421	-.196	-.291	.126	-.234	-.072	-.240	-.242
DDGÖ	-.550*	-.477*	-.254	-.049	-.453*	-.372	-.354	-.623*
Toplam								

(*= $p < 0.05$) ($r < 0.5$ =zayıf ilişki, $0.5 \leq r < 0.7$ =orta seviyeli ilişki, $r \geq 0.7$:kuvvetli ilişki)

Hipomanik/Manik hastalarda yapılan karşılaştırmalarda;

DDGÖ-K ile SF-FF arasında negatif ilişki, DDGÖ-H ile SF-FF arasında negatif ilişki, DDGÖ-S ile SF-ERG arasında negatif ilişki, DDGÖ-A ile SF-ERG arasında negatif ilişki, DDGÖ-Toplam puan ile SF-FF, SF-ERG arasında negatif ilişki saptanmıştır. DDGÖ-D, DDGÖ-F ile SF arasında ilişki saptanmamıştır. Tablo 14'te hipomanik/manik atakta olan hastalarda DDGÖ ile SF karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 14. Hipomanik/Manik atakta olan hastalarda Pearson korelasyon katsayısına(r) göre DDGÖ ile SF karşılaştırılması

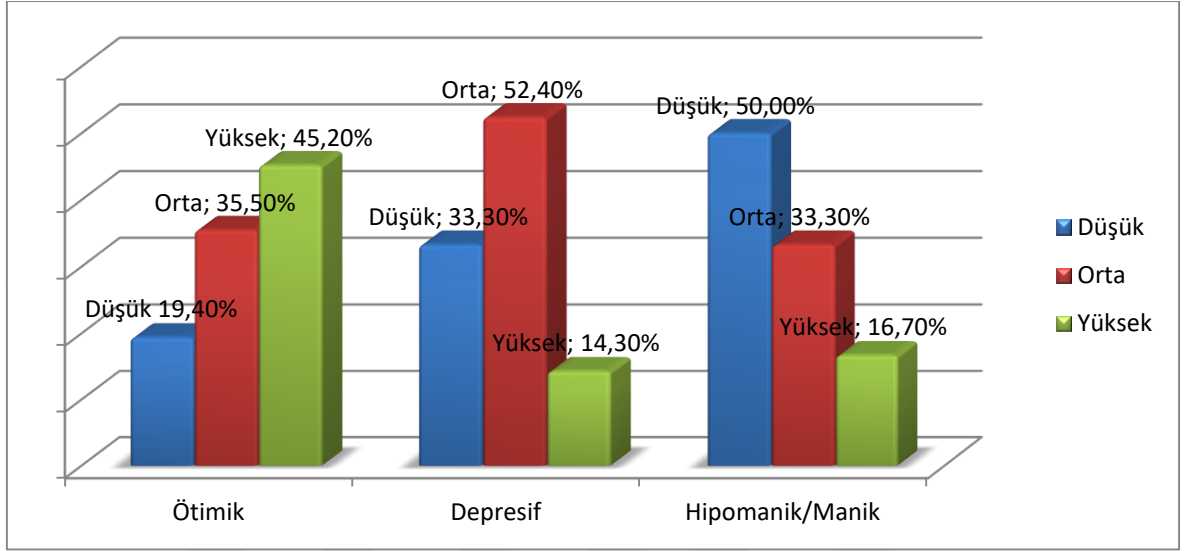
Ölçekler	SF- FF	SF- FRG	SF- ERG	SF- Sİ	SF- A	SF- E	SF- RS	SF- GSA
DDGÖ-K	-.607*	-.522	-.374	-.080	-.286	-.024	-.327	-.420
DDGÖ-H	-.698*	-.483	-.533	-.137	-.431	-.545	-.289	-.316
DDGÖ-D	-.404	-.121	-.570	-.300	-.018	-.365	-.416	.009
DDGÖ-F	.308	-.013	.245	.009	-.011	.275	.127	-.312
DDGÖ-S	-.575	-.487	-.671*	-.297	-.215	-.459	-.415	-.330
DDGÖ-A	-.449	-.553	-.672*	-.513	-.239	-.417	-.525	-.464
DDGÖ	-.587*	-.517	-.623*	-.289	-.223	-.317	-.396	-.438
Toplam								

(*= $p < 0.05$) ($r < 0.5$ =zayıf ilişki, $0.5 \leq r < 0.7$ =orta seviyeli ilişki, $r \geq 0.7$:kuvvetli ilişki)

Tedaviye uyum Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ) ile değerlendirildi. Hastanın ölçeğe verdikleri yanıtı göre tedavi uyumları Düşük-

Orta-Yüksek olarak belirlendi. Tedavi uyumları açısından atak tipleri arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı, ancak ötimik hastalarda tedaviye uyum oranı daha yüksek oranda saptandı (Tablo 15).

Tablo 15. Mevcut Duygudurum ile Tedaviye Uyum açısından karşılaştırılması



Hastanın tedavi uyumu ve duygu düzenleme güçlüğü araştırılması amacıyla DDGÖ ile MTUÖ karşılaştırıldı. Elde edilen sonuçlarda sadece depresif hastalarda DDGÖ Strateji ile MTUÖ arasında anlamlı farklılık vardı. Yapılan Tukey post hoc testi sonrasında bu farklılığın tedaviye uyumu düşük ve orta seviyede olanlar arasında olduğu görüldü (Tablo 16).

Tablo 16. Depresif Hastalarda DDGÖ Strateji ile Tedavi Uyum Karşılaştırılması

Ölçek	Tedaviye Uyum			p
	Düşük Ort±Ss	Orta Ort±Ss	Yüksek Ort±Ss	
DDGÖ Strateji	34.71±8.55	26.54±3.93	27.66±2.8	0.024

Depresif atakta olan hastalara Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) uygulandı. Uygulanan bu ölçeğin puan değerinin hastanın duygu düzenleme güçlüğü ile korelasyon bulunup bulunmadığına bakıldı (Tablo 17). DDGÖ-K, DDGÖ-D, DDGÖ-A ve DDGÖ-Toplam puanları ile HDDÖ

arasında istatistiksel anlamlı doğrusal ve pozitif bir ilişki olduğu saptandı. Bu ilişkinin derecesi orta seviye olarak saptandı.

Tablo 17. Pearson korelasyon katsayısına(r) göre DDGÖ ile HDDÖ karşılaştırılması

Ölçek	DDGÖ-K	DDGÖ-H	DDGÖ-D	DDGÖ-F	DDGÖ-S	DDGÖ-A	DDGÖ Toplam
HAMD	.540*	.357	.518*	-.018	.399	.507*	.542*

(*= $p<0.05$)

Hipomanik/manik atakta olan hastalara Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) uygulandı. Uygulanan bu ölçeğin puan değerinin hastanın duygu düzenleme gücü ile korelasyon bulunup bulunmadığına bakıldı. Tüm Değişkenler arasında DDGÖ ile YMDÖ arasında istatistiksel anlamlı doğrusal bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

6.3 Hasta Yakını Grubunda Klinik Değerlendirme Ölçekleri

Hasta yakınlarında Duygu Dışavurum Ölçeğini (DDÖ) ortalama puanları hesaplandı. Testin ortalama puanları kesme puanı olarak değerlendirildi. Buna göre 64 hasta yakınından 41'i DDÖ-AİKK puanı ortalamadan yüksek, 31'i DDÖ-ED puanı ortalamadan yüksek, DDÖ-Toplam puanda ise 35'i ortalama puandan yüksek saptandı. Ortalamadan yüksek puanlar yüksek duygu dışavurumu göstermektedir. Tablo 18'de DDÖ ortalama puanları verilmiştir.

Tablo 18. Hasta Yakınlarında DDÖ Ortalama Puanlar

Ölçek	Ort±Ss
DDÖ-AİKK	7.79±2.74
DDÖ-ED	8.01±4.58
DDÖ-Toplam	15.81±5.76

Hasta yakınına uygulanan 'Duygu Dışavurum Ölçeği(DDÖ) ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği(DDGÖ) arasında ilişki var mı?' sorusuna yanıt arandı. Yapılan analiz sonucunda DDGÖ-Hedefler ile DDÖ-Eleştiricilik/Düşmanlık (ED) ve DDÖ-Toplam arasında istatistiksel anlamlı pozitif doğrusal bir ilişki saptandı. Ancak bu ilişki oldukça zayıf seviyededir ($r<0.5$). Tablo 19'da DDGÖ ile DDÖ karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 19. Hasta yakınlarında DDÖ ile DDGÖ karşılaştırılması

Ölçek	DDGÖ-K	DDGÖ-H	DDGÖ-D	DDGÖ-F	DDGÖ-S	DDGÖ-A	DDGÖ Toplam
DDÖ-AİKK	.027	.046	-.045	-.070	-.116	.017	-.044
DDÖ-ED	.180	.321*	.238	-.135	.199	.189	.225
DDÖ-Toplam	.156	.277*	.168	-.141	.103	.159	.159

(*=p<0.05)

6.4 Hasta, Hasta Yakını ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması

Çalışmadaki 3 grup DDGÖ sonuçları ile karşılaştırıldı. Tüm puanlar bakımından gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık vardır. Farklılığın hangi gruptan olduğunu kontrol etmek için Tukey HSD post hoc testi yapıldı. DDGÖ Kabullenmeme, Hedefler, Dürtü, Strateji, Açıklık alt ölçekleri ve toplam puan değerlerinde hasta grubunun diğer iki gruptan (hasta yakını ve sağlıklı kontrol) daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. DDGÖ Farkındalık puanları bakımından ise hasta ve sağlıklı kontrol grupları arasında farklılık vardır, hasta grubu sağlıklı kontrollerden daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Hasta, Hasta Yakını ve Sağlıklı Kontrol gruplarının DDGÖ puanlarının karşılaştırılması

ÖLÇEK	Hasta	Hasta Yakını	Sağlıklı Kontrol	p
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	
DDGÖ Kabullenmeme	15.20±5.59	11.64±5.29	10.60±3.78	<0.001
DDGÖ Hedefler	16.42±4.51	12.35±4.62	12.39±3.33	<0.001
DDGÖ Dürtü	16.70±5.13	11.85±4.86	11.06±3.72	<0.001
DDGÖ Farkındalık	15.93±4.50	15.25±3.51	14.13±3.11	0.024
DDGÖ Stratejiler	22.87±8.23	15.32±6.29	14.37±3.83	<0.001
DDGÖ Açıklık	12.87±3.60	10.43±3.60	9.40±2.51	<0.001
DDGÖ Toplam	99.87±24.20	77.15±22.39	71.98±12.75	<0.001

7 TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızda hipomanik/manik atakta olanlarda erkek oranı yüksek bulunmuştur. Ötimik ve depresif atakta olanlarda ise kadın oranı yüksek bulunmuştur. Yapılmış bazı çalışmalarda kadınların daha çok depresif, erkeklerin ise manik atak geçirdikleri belirtilmiştir^{145,146}.

Çalışmamıza katılan hastaların yarısından çoğunun medeni durumu evli olarak saptanmıştır. Buna bağlı olarak hastaların yaşadığı kişilerin çoğunluğunu eş ve çocukları oluşturmuştur. Çalışmaya katılanların çoğunluğunun merkezde yaşadığı saptanmıştır. Yaşanılan yer, yaş, medeni durum ve çalışma durumu açısından hastanın depresif atak, hipomanik/manik atak ve ötimik olması arasında farklılık yoktu.

Çalışmamızda ötimik hastaların % 80'i, depresif hastaların %71'i, hipomanik/manik hastaların ise % 83'ünün hastalık sürecinde en az bir defa hastanede yatarak tedavi görmüşlerdir. Atak döneminde görülen intihar riski, psikotik belirtiler, tehlikeli davranışlar, şiddetli belirtiler hastanede yatışı gerektirebilmesi nedeniyle BPB hastalarında yatış oranının yüksek olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür¹⁰. Ötimik hastaların % 29'u, depresif hastaların %38'i, hipomanik/manik hastaların ise %16'sı en az bir defa intihar girişiminde bulunmuşlardır. Uluslararası bildirilmiş intiharlarda, bipolar bozukluk I tanısı alan her dört kişiden birinin intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir¹⁴⁷. Yapılan çalışmalarda ise BPB hastaların yaklaşık %25-55'i intihar girişiminde bulunduğu, %15'inin tamamlanmış intihar olduğu belirtilmiştir; bu depresif atakların sıklığını ve şiddetini yansıtan bir istatistiktir^{148,149}. Çalışmamızda bu istatistiği destekler sonuçlar bulunmuştur.

Çalışmaya alınan 64 hastanın 17 tanesinde ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmaktaydı. Bu 17 hastanın ailesinde 13'ü BPB, 2'si MDB, 1'i şizofreni ve 1'i panik bozukluk tanıları almış kişiler bulunmaktaydı. Aile çalışmalarında bir ebeveynde duygudurum bozukluğu mevcutsa; çocukta %10-25 arasında bir duygudurum bozukluğu riski, her iki ebeveynde duygudurum bozukluğu mevcutsa; çocukta bir duygudurum bozukluğu riski görülme oranı % 50'lere çıktığı belirtilmiştir^{10,16}. 2009 yılında, Lichtenstein ve arkadaşları, İsveç'te 2 milyondan fazla çekirdek aileyi araştırmışlardı, elde ettikleri sonuçlarda BPB'li birinci derece akraba yakınlarında bu bozukluk riskini arttırdığını göstermişlerdir¹⁵⁰. Çalışmamız sırasında hipomanik/manik atak tanısı konanların %91,7'sinin ilk atak tipi yine hipomanik/manik atak olmuştur, depresif atak tanısı konanların %71,4'ünün ilk atak tipi yine depresif atak olmuştur. Bu veri BPB hastalarının geçirmiş oldukları ilk atağın tipinin daha sonra geçirebilecekleri atakların tipi ve hastalığın seyri konusunda ipucu verebileceği şeklinde değerlendirilmiştir.

Çalışmamızın temel bulgusu BPB tanılı hastaların DDGÖ tüm alt ölçekleri ve toplam puan değerlerinde sağlıklı kontrollerden istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek puanlar almalarıdır. Benzer şekilde BPB tanılı hastalar DDGÖ farkındalık hariç diğer tüm alt ölçekler ve toplam puanda yakınlarından daha yüksek puanlar almışlardır. Bu sonuçlar BPB olan hastalarda duygu düzenleme güçlüğü olduğu yönünde değerlendirilebilir.

Çalışmamızın bir diğer temel bulgusu depresif hastaların ötimik hastalara göre; DDGÖ kabullenmeme, hedefler, dürtü, strateji alt ölçeklerinde ve toplam puanda anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Ayrıca depresif hastalarda hipomanik/manik hastalara göre; DDGÖ hedefler alt ölçeği ve toplam puanda anlamlı olarak daha yüksek puanlar almışlardır. Bu sonuçlar depresif hastaların ötimik ve hipomanik/manik hastalara göre duygularını düzenlemede daha sık güçlükler yaşadıklarını düşündürmektedir. Çalışmamızda ayrıca eğer bir hasta depresif ataktaysa, depresif belirtilerinin şiddetinin duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisi olup olmadığına bakmak amacıyla DDGÖ ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) karşılaştırıldı. Sonuçlarda DDGÖ kabullenmeme, dürtü, açıklık alt ölçekleri ve toplam puan ile HDDÖ puanı arasında orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı doğrusal ve pozitif bir ilişki olduğu saptandı. Bu sonuçla hastalarda duygu düzenleme güçlüğü arttıkça depresyon şiddetinin arttığını şeklinde yorumlanabilir.

Yeniden değerlendirme ve bastırma kullanılan 2 önemli duygu düzenleme stratejisidir. Yeniden değerlendirme stratejisini yeterince kullanamayan kişilerde duyguların tanınması ve dürtülerin kontrol edilmesi zorlaşmaktadır. Bu nedenle yeniden değerlendirmeyi yeterince kullanamayan hastalarda DDGÖ kabullenmeme ve dürtü alt ölçeklerinde yüksek puanlar alabilecekleri düşünülebilir. Dürtüsellik ve kabullenmemenin yeterince düzenlenememesi, kişinin olumsuz duygulanım esnasında odaklanma, yapmakta olduğu görevi sürdürme, yeni çözümler bulma ve geliştirmeyi olumsuz etkileyebilir, bu nedenle beraberinde DDGÖ hedefler ve stratejiler alt ölçeklerinde yüksek puanlar alınmasına neden olduğu düşünülebilir. Farkındalık ve açıklık alt ölçeklerinde ise ötimik-depresif-hipomanik/manik hasta grupları arasında farklılık saptanmadı. Hipomanik/manik hastalar ile ötimik hastalar arasında DDGÖ açısından anlamlı fark bulunmamıştır, ayrıca hipomanik/manik hastalara uygulanan YMDÖ ile DDGÖ arasında da anlamlı fark bulunmamıştır.

Ruhsal ve fiziksel sağlığın sürdürülmesindeki önemi göz önüne alındığında, duygu düzenleme, davranışsal ve sinirbilimi araştırmalarının odak noktası haline gelmiştir. Literatürde benzer yapılmış bazı araştırmalarda duygu düzenleme güçlüğü'nün BPB'de mevcut olduğu, BPB'de uyumlu duygu düzenleme stratejilerinin kullanılmadığı gösterilmiştir^{79,151}. Sağlıklı kişilere göre BPB tanılı hastaların duygusal olarak yetersiz bastırılmış oldukları, duygusal uyarının yoğun olduğu durumlarda dürtüselliğin artmış olduğu, yetersiz yeniden

değerlendirme kapasitesine sahip oldukları, ruminasyon ve katastrofikasyon gibi negatif duygu düzenleme stratejilerine yatkınlıklarının daha fazla olduğu gösterilmiştir^{152,153,154}. Benzer sonuçlar major depresif bozukluk hastalarında da saptanmıştır⁷⁶. MDB'de temel olarak azalmış olumlu duygulanım ve artmış olumsuz duygulanım belirtileri görülmektedir. MDB ile ilişkili bu duygulanım değişiklikleri göz önüne alındığında, bazı yeni teorik yaklaşımlar, MDB'yi duygu disregülasyonu perspektifinden anlamayı amaçlamaktadır^{155,156}. Ruminasyon, dikkati dağıtma, bilişsel yeniden değerlendirme ve bastırma, MDB literatüründe sıklıkla incelenen stratejiler olmuşturlardır. Dahası, bu stratejilerin kullanım sıklığı, depresyon semptomatolojisinde daha fazla (ruminasyon ve bastırma gibi) veya daha az (bilişsel yeniden değerlendirme gibi) olmak üzere önemli ölçüde ilişkilendirilmiştir^{72,157}. Dolayısıyla, duygu düzenleme güçlüğü muhtemelen MDB için risk faktörü olacaktır.

Bazı çalışmalarda ise dürtü kontrol güçlükleri hipomani ve manide daha sık rastlanmıştır⁸⁰. Ancak Thomas ve arkadaşları depresif ve remisyonadaki hastaların; manik hastalara göre adaptif duygu düzenleme stratejilerini daha az sıklıkta kullandıklarını bildirmişlerdir. İlginç olarak manik hastaların; sağlıklı kontrollere göre adaptif duygu düzenleme stratejilerini daha fazla sıklıkta kullandıkları gösterilmiştir¹⁵⁸. Bir laboratuvar çalışmasında ise BPB tanılı kişilere sevinç, üzüntü ve nötr duygu içerikli filmler izletilmiş olup filmlere yanıtları değerlendirilmiştir. Her üç film türünde de kontrol grubuna göre daha fazla supresyon ve ruminasyonu kullandıkları, duygularını düzenleme için daha fazla çaba harcadıkları ancak daha az başarılı oldukları bildirilmiştir¹⁵¹.

Yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır^{159,160}. Yaşam kalitesi ölçeğinde alınan düşük puanlar hastanın işlevselliğinin etkilendiğini ve hayat kalitesinin düştüğünü göstermektedir.

Çalışmamızda depresif hastaların ötimik ve hipomanik/manik hastalara göre; Yaşam Kalitesi Ölçeği(SF) fiziksel fonksiyon, fonksiyonel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı alt ölçeklerinden anlamlı olarak daha düşük puanlar aldıkları saptanmıştır. Ayrıca depresif hastalarda ötimik hastalara göre; fonksiyonel rol güçlüğü alt ölçeğinden de daha düşük puan aldıkları gözlenmiştir. Bu sonuçların depresif hastalarda görülen halsizlik, karamsarlık, mutsuzluk, isteksizlik belirtileri ile ilişkili olabileceği düşünülebilir. SF sonuçlarının hastaların işlevselliği hakkında bilgi verebileceği öngörülmüştür. SF enerji puanı hipomanik/manik hastalarda, ötimik ve depresif hastalara göre daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuç hipomanik/manik hastalarda görülen enerji artışı ile ilişkili görünmektedir.

BPB hastalarında yaşam kalitesi ile duygu düzenleme güçlüğü arasında bağlantı olabilir mi? Bu soruya cevap bulmak için hastalarda DDGÖ ile SF karşılaştırıldı. Ötimik-depresif-hipomanik/manik bütün hastalarda DDGÖ alt ölçekleri ile SF alt ölçekleri arasında anlamlı negatif ilişkiler saptandı. DDGÖ'den daha yüksek puan alanların, SF'ten daha düşük puan aldıkları görülmüştür. DDGÖ'den alınan yüksek puan duygu düzenleme güçlüğü, SF'ten alınan düşük puan ise düşük yaşam kalitesini ifade etmektedir. Özellikle ötimik hastalarda DDGÖ dürtü, strateji alt ölçekleri ve toplam puan ile SF alt ölçeklerinin tümüyle negatif ilişki saptandı, bu ilişkilerin çoğunluğu orta seviyedeydi. SF ölçeğinde kişinin ruhsal durumu hakkında bilgi veren SF ruhsal sağlık puanı, DDGÖ'nün hedefler hariç diğer tüm alt ölçekleri ile anlamlı negatif ilişkisi bulundu. Buradan hastaların duygu düzenleme güçlüğü arttıkça yaşam kalitesinin daha çok etkilendiği sonucuna varılabilir. Benzer şekilde depresif hastalarda da DDGÖ dürtü, strateji alt ölçekleri ve toplam puan ile SF genel sağlık algısı puanı arasında anlamlı negatif ilişki saptandı, bu ilişkinin derecesi orta seviyedeydi. Genel Sağlık Algısı puanı daha düşük olan kişiler sağlığıyla ilgili daha karamsar oldukları düşünülebilir. Buradan depresif hastalarda duygu düzenleme güçlüğü arttıkça sağlığıyla ilgili daha karamsar oldukları sonucuna varılabilir. Hipomanik/manik hastalarda ise DDGÖ strateji, açıklık alt ölçekleri ve toplam puan ile SF emosyonel rol güçlüğü puanı arasında anlamlı negatif ilişki saptandı, bu ilişkinin derecesi orta seviyedeydi. Emosyonel rol güçlüğü puanı daha düşük olan kişiler duygusal sorunların sonucu işte ya da diğer günlük aktivitelerde daha çok sorun yaşarlar. Buradan hipomanik/manik hastalarda duygu düzenleme güçlüğü arttıkça duygusal sorunlar nedeniyle işte ya da günlük aktivitelerde daha çok sorun yaşadıkları sonucuna varılabilir.

BPB hastalarında yaşam kalitesini etkileyen bir diğer faktör hastanın geçirmiş olduğu atak sayısıdır. DDGÖ strateji, açıklık alt ölçek puanları ve toplam puanı yüksek olan hastalarda geçirmiş oldukları atak sayısı da daha yüksek bulundu. Ayrıca BPB hastalarında duygu düzenleme güçlüğü'nün hastanın tedaviye uyumuna etkisini araştırmak amacıyla DDGÖ ile MTUÖ sonuçları arasında yapılan karşılaştırmada ise sadece depresif hastalarda DDGÖ strateji alt ölçeği ile tedavi uyumu arasında ilişki saptandı. DDGÖ strateji puanı daha yüksek olanda tedavi uyumu düşük düzeyde, DDGÖ strateji puanı daha düşük olanda ise tedavi uyumu orta düzeyde bulundu. Bu sonuçlar depresif hastalarda kişi mutsuz iken duygularını etkili düzenleyememe, yeni çözümler bulma ve geliştirmeyi yapamaması neticesinde hastaların tedaviye uyumunu azaltabileceği ve hastaların daha sık atak geçirmesine neden olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Ancak DDGÖ diğer alt ölçeklerinde, ötimik ve hipomanik/manik hastalar ile MTUÖ arasında ilişki saptanmaması bu düşüncenin zayıf olmasına neden olmaktadır.

Birçok hasta, çeşitli medikal tedavilere rağmen; işlevsellik açısından yeterli iyileşmeye ulaşamazlar. Örneğin ilk psikiyatri kliniğine yatırıldıktan sonra

2-4 yıl boyunca bipolar bozukluğu olan 173 hastayı izleyen prospektif bir çalışmada, hastaların çoğunluğu belirtilerinde düzelme gösterdi; bununla birlikte, 24 ayda yalnızca % 43'ünde mesleki işlevsellikte yeterli bir iyileşme sağlandı¹⁶¹. Bir başka çalışmada ise manik atak nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların bir sonraki yılda, üçte ikisinin işe geri dönemediği bildirilmiştir¹⁶². Avrupa'da yapılmış büyük bir gözlemsel çalışmada, az atak sayısı ve daha az sıklık ve şiddetteki bipolar belirtilerinin, daha iyi fonksiyonel sonuçları öngördüğü gösterilmiştir¹⁶³. Mevcut veriler değerlendirildiğinde yeterli medikal tedaviye rağmen hastaların yeterli işlevsellik düzeyine ulaşamamasının; hastaların tedaviye yanıtlarında başka faktörlerin etkisinin olduğunu göstermektedir ve bu faktörlerden biri de hastaların duygu düzenleme mekanizmalarıdır. Duygudurum bozukluğunun ötesinde, duygu düzenleme de işlevsellik için önemli görünmektedir. Yakın bir zamanda yapılmış bir çalışmada, bipolar bozuklukta yüksek bastırma girişimleri, anlamlı olarak daha düşük işlevsellikle ilişkili bulunmuştur¹⁶⁴. Aynı çalışmada yeniden değerlendirme, bipolar bozukluğu olanlar için zamanla depresyondaki azalmayı öngörmüştür. Bir başka çalışmada BPB hastalarında olumlu duygudurum zamanlarının az olması durumunda, düşük işlevsellik ve hayat kalitesi gözlemlendiği bildirilmiştir¹⁶⁵. Burada, duygu düzenlemesiyle ilgili güçlüklerin daha sık olarak depresif hastalarda yaşam kalitesini ve işlevselliği etkilediği sonucuna varılabilir. Çalışmamızda da bunu destekleyici sonuçlar elde edilmiştir.

BPB bir duygudurum bozukluğu olduğu, kalıtsal özelliklerin önem arz ettiği, bu bozuklukta duygu düzenlenmesiyle ilgili sorunların yaşandığı sonucuna varıldıktan sonra; BPB tanılı hastaların yakınlarında duygu düzenlenmesiyle ilgili sorunların yaşanıp yaşanmadığı ikinci bir soru olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmalar daha çok hastaların çocukları üzerinden yoğunlaşmıştır. Clang ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada BPB tanılı hastalarında çocuklarında olumsuz ruh hali varlığı, azalmış görev uyumu ve azalmış esnekliğin hastalığını gelişimi ile ilişkili olabileceğini, mizacın değerlendirilmesinin yararlı olabileceğini belirtmişlerdir¹⁶⁶. Birmaher ve arkadaşları duygu kararsızlığının bipolar bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında prodromal bir bipolar bozukluk fenotipi olabileceğini bildirmişlerdir¹⁶⁷. Benzer şekilde Zhan-Waxler BPB hastaların çocuklarında olumsuz duygularını düzenlemede güçlük çektiklerini belirtmiştir¹⁶⁸. Çalışmamızda ise hasta yakınlarında duygu düzenleme güçlüğü olduğunu destekleyen sonuçlar saptanmamıştır.

Sonuç olarak çalışmamızda bipolar bozuklukta özellikle de depresif atakta duygu düzenlemenin yaşam kalitesini düşürmesi, tedaviye uyumu etkilemesi, hastalık belirtilerinin şiddetini arttırması ve atak sıklığında artışa neden olması açısından önemi olabileceği görülmüştür. Ancak genetik yatkınlığın önemli olduğu bu bozuklukta hasta yakınlarında duygu düzenleme güçlüğüne rastlanılmamıştır. Çalışmamızın en güçlü yönü BPB hastaların ile

birinci derece yakınlarının beraber alınması ve BPB hastaların kendi içinde mevcut duygudurumlarına göre ötimik-depresif-hipomanik/manik şeklinde sınıflandırılarak değerlendirilmesidir. Kısıtlılıkları ise örneklem grubunun sayısının düşük olması ve hastaların sadece bir ziyaret ile retrospektif olarak değerlendirilmesidir.

Duygu düzenleme stratejileri hakkındaki bilgilerimiz son 15 yılda artmıştır ve yapılan çalışmalarla da giderek artmaktadır. BPB hastalarında duygu düzenleme güçlüğüne incelemek, bu konuda yapılacak terapötik müdahaleler ve bunların relaps ile ilişkilerini anlamak atakların şiddet, sıklığı ve işlevselliğin iyileştirilmesi açısından önemli görünmektedir. Bu konuda yapılacak daha kapsamlı çalışmaların bipolar bozukluğun seyrinin anlaşılması ve atakların önlenmesi açısından önem arz ettiği düşüncesindeyiz.



8 KAYNAKLAR

1. Akiskal H, Lopez J. İki Uçlu Bozukluk. İstanbul : WPA Yayınları, 2012; 12-28.
2. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 2000; 48: 445-457.
3. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12 month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 2007; 64: 543-552.
4. Henry C, Vanden Bulke D, Bellivier F, et al. Affective lability and affect intensity as core dimensions of bipolar disorders during euthymic period. *Psychiatry Research*, 2008; 159: 1-6.
5. Bridges LJ, Denham SA ve Ganiban JM. Definitional issues in emotion regulation research. *Child Development*, 2004; 75: 340-345.
6. Roque L, Verissimo, M. Emotional context, maternal behavior and emotion regulation. 2011; 617-626.
7. Garcia-Coll C, Kagan J, Raznick JS. Behavioral inhibition in young children. *Child Development*, 1984; 55: 1005-1019.
8. Strejilevich SA, Martino DJ, Murru A, et al. Mood instability and functional recovery in bipolar disorders. *Acta Psychiatry Scand.*, 2013; 28: 194-202.
9. Öztürk, MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara : Nobel Tıp Kitapevi, 2015; 261-333.
10. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Duygudurum Bozuklukları. [çev.] Ali Bozkurt. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Ankara : Güneş Tıp Kitapevi, 2016; 347-386.
11. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. Ankara : Çizgi Tıp Yayınevi, 2001; 220-223.
12. Bebbington B, Ramana R. The epidemiology of bipolar affective disorder. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 1995; 30: 279-292.
13. Işık E, Işık U, Işık TY. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara : Rota Tıp Kitapevi, 2013; 327-329.
14. Işık E, Işık U, Işık TY. Biyolojik Psikiyatri. İstanbul : Sigma Yayınevi, 2012; 137-144.
15. Stahl SM. Duygudurum Bozuklukları. [çev.] Tunç Alkın. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi. İstanbul : İstanbul Tıp Kitapevi, 2015; 237-283.

16. Köroğlu E. Psikoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara : Hekimler Yayın Birliği, 2004; 254-258.
17. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder: successful start to a long journey. Trends Genetic, 2009; 25(2), 99-105.
18. Wilcox HC, Fullerton JM, Glowinski AL, et al. Traumatic Stress Interacts With Bipolar Disorder Genetic Risk to Increase Risk for Suicide Attempts. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2017; 56(12), 1073-1080.
19. Blackwood DH, Visscher PM, Muir VJ. Genetic Studies of Bipolar Affective Disorder in Large Families. Br J Psychiatry Suppl, 2001; 41: 134-136.
20. Sourney D, Mussat I, Mendlewicz J. Genetic of Bipolar Disorders. The Journal of Affect Disorders, 2000; 18: 278-286.
21. Sadock BJ ve Sadock VA. [ev.] Hamdullah Aydın ve Ali Bozkurt. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psikiyatri: G neş Kitapevi, 2007; Cilt 2: 1559-1717.
22. Willour VL, Seifuddin F, Mahon PB, et al. A genome-wide association study of attempted suicide. Mol Psychiatry, 2012; 17, 433-444.
23. Campos SB, Rocha PM, Neves FS, Miranda DM, Correa H. ACP1 Gene Polymorphism Associated with Suicide Attempt Type in Bipolar Disorder Patients. Psychiatry Investig, 2017; 14(6), 909-910.
24. Antypa N, Souery D, Tomasini M, et al. Clinical and genetic factors associated with suicide in mood disorder patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2016; 266, 181-193.
25. Agid O. Environment and Vulnerability to Major Psychiatric Illness: a case of control study early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. Mol Psychiatry, 1999; 4: 163-172.
26. Kraepelin E. Manic Depressive Insanity and Paranoia. Edinburg : E&S Livingstone, 1921.
27. Beck JS. Cognitive Therapy: Basic and Beyond. New York : Guilford Pres., 1995.
28. Sigmund F. Mourning and Melancholia. The Standard Edition of the Complete Psychological Works Of Sigmund Freud. 1917; 14: 237-258.
29. Brambilia P, Glahn D, Balestrieri M, Soares J. Magnetic Resonance Findings in Bipolar Disorder. Psychiatr Clin North Am, 2005; 28: 443-467.

30. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-Yeniden Gözden Geçirilmiş 5.Baskı. Virginia : Amerikan Psikiyatri Yayıncılığı, 2013.
31. Dünya Sağlık Örgütü. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines : WHO, 1992.
32. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar Disorder. The Lancet, 2016; 387: 1561-1572.
33. Benazzi F. Bipolar Disorder-Focus on Bipolar II Disorder and Mixed Depression. Forli, Italy : Hecker Psychiatry Research Center, 2007.
34. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, et al. Development of lifetime comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys. Arch Gen Psychiatry, 2011; 68: 90-100.
35. Judd LL, Schettler PJ, Coryell W, Akiskal, HS, Fiedorowicz JC. Overt irritability/anger in unipolar major depressive episodes:past and current characteristic and implications for long-term course. San Diego : JAMA Psychiatry, 2013; 70: 1171.
36. Perlis RH, Fava M, Trivedi MH, et al. Irritability is associated with anxiety and greater severity, but not bipolar spectrum features, in major depressive disorder. Acta Psychiatria Scand, 2009; 119(4): 282-289.
37. Fava M, Hwang I, Rush AJ, et al. The importance of irritability as a symptom of major depressive disorder: result from the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry, 2010; 15: 856-867.
38. Nierenberg AA. Effective agents in treating bipolar depression. The Journal of Clinical Psychiatry, 2008; 69: 29.
39. Haddad P, Dursun S. Pharmacological management of bipolar depression. Acta Psychiatr Scand, 2002; 105: 401-403.
40. Solomon DA, Leon AC, Coryell WH, et al. Longitudinal course of bipolar I disorder: duration of mood episodes. Arch Gen Psychiatry, 2010; 67: 339-347.
41. Coryell W, Solomon DA, Turvey C, et al. The long-term course of rapid-cycling bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry, 2003; 60: 914-920.
42. Aydemir Ö, Uluşahin A, Akdeniz F. İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Kılavuzu. Ankara : Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, 2010.
43. Smith LA, Cornelius V, Warnock A, Tacchi MJ, Taylor D. Acute bipolar mania: a systematic review and meta-analysis of co-therapy vs monotherapy. Acta Psychiatr Scand, 2007;115: 12-20.

44. Yathan LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network For Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patient with bipolar disorders: update 2013. *International Journal of Psychiatry and Neurosciences*, 2013; 15: 1-44.
45. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, et al. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disorders*, 2006; 8: 625-639.
46. Ketter TA. Acute and maintenance treatments for bipolar depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2014.
47. Taylor D, Paton C, Kapur S. Maudsley Psikiyatride Reçetelendirme Rehberi. [çev.] Oğuz Karamustafaoğlu. Güneş Tıp Kitapevi, 2015; 153-196.
48. Izard CE. *The Psychology of Emotions*. New York ,1991; 185-201.
49. Dodge KA, Garber J. *The development of emotion regulation and dysregulation*. New York : Cambridge University Press, 1991; 3-14.
50. Denollet J, Nyklicek I, Vingerhoets JM. *Emotion Regulation and psychopathology*. New York : The Guilford Press, 2008; 3-11.
51. Ekman P. An argument for the basic emotions. *Cognition and Emotion*. 1992; 175-189.
52. Gross JJ, Thompson RA. *Emotion regulation: Conceptual foundations*. New York : Guilford Press, 2007.
53. Izard CE. Emotion theory and research: Highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annu Rev Psychol*, 2009; 60: 1-25.
54. Niedenthal PM, Krauth-Gruber S, Ric F. *Psychology of emotion: interpersonal, experiential and cognitive approaches*. New York : Psychology Press, 2006.
55. BOUNDS DM. *Biology of mind-origins and structures of mind, brain, and consciousness*. Maryland : Fitzgerald Science Press, 1999; 28-45.
56. Ledoux J. *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. [çev.] Arican Uysal. Pegasus Yayınları, 2006; 124-129.
57. Gross JJ, Munoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1995; 151-164.
58. Wenar C, Kering P. *Developmental Psychopathology From Infancy Through Adolescence*. McGraw Hill Higher Education, 2005; 696.

59. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review, *The Review of General Psychology*. 1998; 271-299.
60. Kashdan TB, Steger MF. Expanding the topography of social anxiety: An experience-sampling assessment of positive emotions, positive events and emotion suppression. *Psychological Science*, 2006; 17: 120-128.
61. Kring AM, Sloan DM. *Emotion regulation and psychopathology*. New York : The Guildford Press, 2008.
62. Allen VC, Windsor TD. Age differences in the use of emotion regulation strategies derived from the process model of emotion regulation: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 2017.
63. Braunstein LM, Gross JJ, Ochsner K. Explicit and implicit emotion regulation: a multi-level framework. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2017; 1545-1557.
64. Buhle JT, Silvers JA, Wager TD, et al. Cognitive reappraisal of emotion: a meta-analysis of human neuroimaging studies. *Cerebral Cortex*, 2014; 24: 2981-90.
65. Cohen JR, Lieberman MD. The common neural basis of exerting self-control in multiple domains. *Self Control in Society, Mind, and Brain*. 2010; 141-162.
66. Salas CE, Gross JJ, Tumbull O. Reappraisal generation after acquired brain damage: the role of laterality and cognitive control. *Frontiers in Psychology*, 2014; 242: 1-9.
67. English T, John OP, Srivastava S, Gross JJ. Emotion regulation and peer-rated social functioning: A 4 year longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, 2012; 46: 780-786.
68. Schutte NS, Manes RR ve Malouf JM. Antecedent-focused emotion regulation, response modulation and well-being. *Current Psychology*, 2009; 28: 21-31.
69. Gross JJ, John OP. *The wisdom in feeling: Psychological processes in emotional intelligence*. New York : The Guilford Press, 2002; 297-319.
70. Cole PM, Micheal MK, Teti LO. The development of emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child*, 1994; 73-100.
71. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2004; 26: 41-54.

72. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 2010; 30: 217-237.
73. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991; 100: 569-582.
74. Shahar B, Britton WB, Sbarra DA, Figueredo AJ, Bootzin PR. Mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy for depression: Preliminary evidence from a randomized controlled trial. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2010; 4: 402-418.
75. Roberts JE, Gilboa E, Gotlib IH. Ruminative response style and vulnerability to episodes: Gender, neuroticism and episode duration. *Cognitive Therapy and Research*, 1998; 22: 401-423.
76. Liu DY, Thompson RJ. Selection and implementation of emotion regulation strategies in major depressive disorder: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 2017; 57: 183-194.
77. Nezlek JB, Kuppens P. Regulating positive and negative emotions in daily life. *Journal of Personality*, 2008; 76: 561-579.
78. Moore SA, Zoellner LA, Mollenholt N. Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms?. *Behaviour Research and Therapy*, 2008; 46: 993-100.
79. Wolkenstein L, Zwick JC, Hautzinger M, Joormann J. Cognitive emotion regulation in euthymic bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2014; 160: 92-97.
80. Van Rheenen TE, Murray G ve Rossell SL. Emotion regulation in bipolar disorder: Profile and utility in predicting trait mania and depression propensity. *Psychiatry Research*, 2015; 225: 425-432.
81. Hayes SC, Wilson KW, Gifford EW, Follette VM, Strosahl K. Emotional avoidance and behavioral: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996; 64: 1152-1168.
82. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*. *Psychophysiology*, 2002; 39: 281-291.
83. Mennin DS, McLaughlin KA, Flanagan TJ. Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and their co-occurrence. *Journal of Anxiety Disorders*, 2009; 23: 866-871.

84. Diefenbach GJ, Assaf M, Goethe JW, Gueorguieva R, Tolin DF. *Journal of Anxiety Disorders*, 2016; 43: 1-7.
85. Roemer L, Orsillo SM. Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 2002; 9: 54-68.
86. Eldoğan D, Barışkın E. Erken Dönem Uyumsuz Şema Alanları ve Sosyal Fobi Belirtileri: Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü Var mı?. *Türk Psikoloji Dergisi*, 2014; 29: 108-115.
87. Sung SC, Porter E, Robinaugh DJ, et al. Mood regulation and quality of life in social anxiety disorder: An examination of generalized expectancies for negative mood regulation. *Journal of Anxiety Disorders*, 2012; 26: 435-441.
88. Tull MT, Barret HM, McMillan ES, Roemer LA. Preliminary Investigation of the Relationship Between Emotion Regulation Difficulties and Posttraumatic Stress Symptoms. *Behavior Therapy*, 2007; 38: 303-313.
89. Perlick DA, Sautter FJ, Becker-Cretu JJ, et al. The incorporation of emotion-regulation skills into couple- and family-based treatments for post-traumatic stress disorder. *Military Medical Research*, 2017.
90. Valentiner DP, Smith SA. Believing that intrusive thoughts can be immoral moderates the relationship between obsessions and compulsions for shame-prone individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 2008; 32: 714-720.
91. De Wit SJ, Van Der Werf YD, Mataix-Cols D, et al. Emotion regulation before and after transcranial magnetic stimulation in obsessive compulsive disorder. *Cambridge University Press*, 2015; 45:
92. Arabatzoudis T, Rehm IC, Nedeljkovic M, Moulding R. Emotion Regulation in individuals with and without Trichotillomania. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2017; 12: 87-94.
93. Berking M, Margraf M, Ebert D, et al. Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive behavioral therapy for alcohol dependence. *J. Consult. Clinical. Psychology*, 2011; 79: 307-318.
94. Forkmann T, Scherer A, Böcker M, et al. The relation of cognitive reappraisal and expressive suppression to suicidal ideation and suicidal desire. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 2014; 44: 524-536.
95. Rajappa K, Gallagher M, Miranda R. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 2012; 36: 833-839.

96. Ghorbani F, Khosravani V, Bastan FS, Ardakani RJ. The alexithymia, emotion regulation, emotion regulation difficulties, positive and negative affects, and suicidal risk in alcohol-dependent outpatients. *Psychiatry Research*, 2017; 252: 223-230.
97. Karagöz B, Dağ İ. Kendini Yaralama Davranışlarında Çocukluk Dönemi İstismarı ve İhmali ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişki: Alkol ve/ya Madde Bağımlısı Bir Grupta Kendini Yaralama Davranışının İncelenmesi. *Arch Neuropsychiatr*, 2015; 52: 8-14.
98. Treasure J, Corfield F, Cardi V. A three-phase model of the social emotional functioning in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 2012; 20: 431-438.
99. Taylor GJ, Bagby RM, Parker J. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. New York : Cambridge University Press, 1997.
100. Brockmeyer T, Skunde M, Wu M, et al. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 2014; 55: 565-571.
101. Bydlowski S, Corcos M, Jeammet P, et al. Emotion-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2005; 37: 321-329.
102. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press., 1999.
103. Geisser ME, Robinson ME, Keefe FJ, Weiner ML. Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Journal of Pain*, 1994; 79-83.
104. Van Dijke A, Ford JD, Van der Hart O, et al. Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation inpatients with borderline personality disorder and/or somatoform disorder. *Eur J Psychotrauma*, 2011
105. Connelly M, Bromberg MH, Anthony KK, et al. Emotion regulation predicts pain and functioning in children with juvenile idiopathic arthritis: an electronic diary study. *Journal of Pediatric Psychology*, 2012; 37: 43-52.
106. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 2009; 3: 495-510.
107. Sharp C, Ha C, Michonsk J, Venta A, Carbone C. Borderline personality disorder in adolescents: evidence in support of the Childhood Interview for

DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 2012; 53(6): 765-774.

108. Wolff S, Stiglmayr C, Bretz HJ, Lammers CH, Auckenthaler A. Emotion identification and tension in female patients with borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 2007; 46(3): 347-360.

109. Leible TL, Snell WE. Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 2004; 37(2): 393-404.

110. Besser A, Zeigler-Hill V. The influence of pathological narcissism on emotional and motivational responses to negative events. The role of visibility and concern about humiliation. *Journal of Research in Personality*, 2010; 44: 520-534.

111. Wang M, Saudino KJ. Genetic and Environmental Influences on Individual Differences in Emotion Regulation and Its Relation to Working Memory in Toddlerhood. *Emotion*, 2013; 13(6): 1055-1067.

112. Villiani V, Ludmer J, Gonzales A, et al. Dopamine receptor D2 (DRD2), dopamine transporter solute carrier family C6, member 4 (SLC6A3), and catechol-O-methyltransferase (COMT) genes as moderators of the relation between maternal history of maltreatment and infant emotion regulation. *Dev Psychopathol*, 2017; 14: 1-12.

113. Domenici N, Griffin-Francell C. The role of family education. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1993; 54: 31-35.

114. Spiegel D, Wissler T. Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalization. *The American Journal of Psychiatry*, 1986; 143: 56-60.

115. Simonea TL, Miklowitz DJ, Saleem R. Expressed Emotion and Interactional Patterns in the Families of Bipolar Patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 1998; 107(3): 497-507.

116. Kazarian SS. The measurement of expressed emotion: a review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1992; 37(1): 51-56.

117. Barrowclough C, Tarrier N. Families of schizophrenic patients. London : Chapman & Hall, 1992

118. Berksun OE. Dışavurulan duygulanım ölçeği: Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1993; 8(29): 10-15

119. Rosenfarb IS, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, et al. Family Transactions and relapse in bipolar disorder. *Family Process*, 2001; 40: 5-14.

120. Bland R. Understanding family variables in outcome research in schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 1989; 23: 396-402.
121. Vaughn CE, Leff LP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *The British Journal of Psychiatry*, 1976; 29: 125-137.
122. Brown G. *The Discovery of Expressed Emotion: Induction or Deduction, Expressed Emotion In Families: Its Significance for Mental Illness*. New York : The Guilford Press, 1985; 7-26.
123. Kavanagh DJ. Recent Developments In Expressed Emotion and Schizophrenia. *British Journal Of Psychiatry*, 1992; 160: 601-620.
124. Kim EY, Miklowitz DJ. Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *Journal of Affective Disorders*, 2004; 82: 343-352.
125. Yan LJ, Hammen C, Cohen AN, Daley SE, Henry RM. Expressed emotion versus relationship quality variables in the prediction of recurrence in bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 2004; 83: 199-206.
126. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, Snyder KS, Doane JA. EE, affective style, lithium compliance, and relapse in recent onset mania. *Psychopharmacology Bulletin*, 1986; 22: 628-632.
127. Mino Y, Shimodera S, Inoue S, et al. Expressed emotion of families and the course of mood disorder: a cohort study in Japan. *Journal of Affective Disorders*, 2001; 63: 43-49.
128. Miklowitz DJ, Biuckians A, Richards JA. Early-onset bipolar disorder: a family treatment perspective. *Development and Psychopathology*, 2006; 18: 1247-1265.
129. Ellis AJ, Portnoff LC, Axelson DA, et al. Parental expressed emotion and suicidal ideation in adolescents with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 2014; 216: 213-216.
130. Kocabıyık A, Beştepe E, Karşıdağ Ç, ve ark. Bipolar Bozuklukta Duygu Dışavurumunun Relaps Üzerine Etkisi. *Düşünen Adam*, 2005; 18(1): 4-12.
131. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. *User's guide for the Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCID-I: clinician version*. American Psychiatric Association Publishing, 1997.

132. Çorapçıoğlu A, Aydemir O, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için yapılandırılmış klinik görüşme, Klinik versiyon. 1999 : Ankara Hekimler Yayın Birliği.
133. Rugancı RN, Gençöz T. Psychometric Properties of a Turkish Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 2010; 66(4): 442-455.
134. Berksun OE. Şizofrenide Aile Faktörü: Expressed Emotion Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Denemesi. Uzmanlık Tezi. Ankara : Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1992.
135. Ware JE, Sherbourne CD. "The MOS 36-item Short-Form Health Survey", I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care* , 1992.
136. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A, Fişek G. SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 1999.
137. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 1986; 24: 67-74.
138. Rigby D. Adherence assessment tools: Drugs don't work when they're not taken. *Australian Journal of Pharmacy*, 2007; 88: 32-33.
139. Bahar G, Savaş H, Ünal A, ve ark. Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinin iki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2014; 15: 141-149.
140. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 1960; 23: 56-62.
141. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, ve ark. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 1996; 4: 251-259.
142. Young R, Biggs J, Ziegler V, Meyer D. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British Journal of Psychiatry*, 1978; 133(5): 429-435.
143. Karadağ F, Oral ET, Aran YF, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001; 13: 107-114.
144. Gültekin BK, Kesebir S, Tamam L. Türkiye'de Bipolar Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014; s. 199-209.
145. Henry C, Lacoste J, Bellivier F. Temperament in bipolar illness: impact on prognosis. *Journal of Affective Disorders*, 1999; 56: 103-108.

146. Eroğlu ZM, Özpoyraz N. Long-term Treatment in Bipolar Disorder. *Current Approaches in Psychiatry*, 2010; 2: 206-236.
147. Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 2011; 68: 241-251.
148. Haddad P, Dursun S. Pharmacological management of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2002; 105: 401-403.
149. Hirschfeld RM. Bipolar depression: the real challenge. *European Neuropsychopharmacology*, 2004; 14(2): 83-88.
150. Lichtenstein P, Yip BH, Björk C. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *The Lancet*, 2009; 373: 234-239.
151. Gruber J, Harvey AG, Gross JJ. When trying is not enough: emotion regulation and the effort-success gap in bipolar disorder. *Emotion*, 2012; 997-1003.
152. Van der Gucht, Morriss R, Lancaster GP, Kinderman PP, Bentall R. Psychological processes in bipolar affective disorder: negative cognitive style and reward processing. *British Journal of Psychiatry*, 2009; 194: 146-151.
153. Gruber J, Eidelman P, Johnson SL, Smith B, Harvey AG. Hooked on a feeling: rumination about positive and negative emotion in inter-episode bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 2011; 120: 956-961.
154. Ghaznavi S, Deckersbach T. Rumination in bipolar disorder: evidence for an unquiet mind. *Biology of Mood & Anxiety Disorders*, 2012; 2: 1-11.
155. Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. [kitap yaz.] Gross JJ. *Handbook of emotion regulation*. 2007 : Guilford Press., New York, 542-559.
156. Kring AM, Werner KH. Emotion regulation and psychopathology. [kitap yaz.] Philippot P, Feldman RS. *The regulation of emotion*. Mahwah : Erlbaum, 2004; 359-385.
157. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 2008; 3(5): 400-424.
158. Thomas J, Knowles R, Tai S, Bentall RP. Response styles to depressed mood in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2007; 100: 249-252.

159. Orley J, Kuyken W. The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument: International Perspectives. Heidelberg : Quality of Life Assessment, 1994; 41-57.
160. Stucki G ve Kroeling P. Principles of rehabilitation. [kitap yaz.] Hochberg S, Smolen J, Weisman MH. Rheumatology. 2003; 517-530.
161. Tohen M, Zarate CM, Baldessarini RJ, et al. Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. American Journal of Psychiatry, 2000; 157: 220-228.
162. Strakowski SM, Keck PE, McElroy SL, et al. Twelve-month outcome after a first hospitalization for affective psychosis. Archives of General Psychiatry, 1998; 55: 49-55.
163. Haro JM, Reed C, Gonzalez-Pinto A, et al. 2-Year course of bipolar disorder type I patients in outpatient care: factors associated with remission and functional recovery. European Neuropsychopharmacology, 2011; 21: 287-293.
164. Johnson SL, Tharp JA, Peckham AD, McMaster KJ. Emotion in bipolar I disorder: Implications for functional and symptom outcomes. Journal of Abnormal Psychology, 2016; 125: 40-52.
165. Edge MD, Miller CJ, Muhtadie L, et al. People with bipolar I disorder report avoiding rewarding activities and dampening positive emotion. Journal of Affective Disorders, 2013; 146(3): 407-413.
166. Chang KD, Blasey CM, Ketter TA Steiner H. Temperament characteristics of child and adolescent bipolar offspring. Journal of Affective Disorders, 2003; 77: 11-19.
167. Birmaher B, Goldstein BI, Axelson DA, et al. Mood lability among offspring of parents with bipolar disorder and community controls. Bipolar Disorder, 2013; 15: 253-263.
168. Zahn-Waxler C, Cummings EM, McKnew DH, Radke-Yarrow M. Altruism, aggression, and social interactions in young children with a manic-depressive parent. Child Development, 1984; 55: 112-122.

9 SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- AİKK:** Aşırı İlgi/Koruyucu/Kollayıcılık
- APA:** American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
- BD:** Bipolar Disorder (Bipolar Bozukluk)
- BPB:** Bipolar Bozukluk
- BOS:** Beyin Omurilik Sıvısı
- DDGÖ:** Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
- DD:** Duygu Dışavurum
- DDÖ:** Duygu Dışavurum Ölçeği
- DERS:** Difficulties in Emotion Regulation Scale (Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği)
- DNA:** Deoksiribo Nükleik Asit
- DLPFK:** Dorsolateral Prefrontal Korteks
- DSM-IV:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Dördüncü Basım)
- DSM-V:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Basım)
- ED:** Eleştiricilik/Düşmanlık
- EE:** Turkish Expressed Emotion Scale (Duygu Dışavurum Ölçeği)
- EKT :** Elektrokonvülsif Tedavi
- GABA:** Gama Amino Bitürik Asit
- HDDÖ:** Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
- HDRS:** Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği)
- ICD:** International Classification of Diseases (Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflandırma Sistemi)
- İUB:** İkiüçlü Bozukluk
- MDB:** Major Depresif Bozukluk

MMAS: Morisky Medication Adherence Scale (Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği)

MTUÖ: Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PMD: Psikoz Manik Depresif

SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV (DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği)

SF: Short Form-36, Yaşam Kalitesi Ölçeği

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

VPA: Valproik Asit

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

YMRS: Young Mania Rating Scale (Young Mani Derecelendirme Ölçeği)

10 ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ

Şekil 1. Duygu DŐzenleme Mekanizmaları-I	18
Şekil 2. Duygu DŐzenleme Mekanizmaları-II	19



11 TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Duygudurum Bozukluklarının Yaşam Boyu Yaygınlık Oranları.....	9
Tablo 2. DSM-5'e göre Bipolar ve İlişkili Bozukluklar.....	12
Tablo 3. ICD-10'A Göre Duygudurum Bozuklukları Sınıflaması	13
Tablo 4. DSM-5'e Göre Bipolar I Bozukluk Tanı Ölçütleri	13
Tablo 5. DSM-5'e Göre Bipolar II Bozukluk Tanı Ölçütleri	14
Tablo 6. Tarihte 'Duygu' için kullanılan tanımlamalar	15
Tablo 7. BPB hastaların Yaş, Hastalık Süresi, Atak Sayısı, Hastaneye Yatış Sayısı, İntihar Girişim Sayısı Ortalamaları	31
Tablo 8. Mevcut Duygudurum ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişkisi	32
Tablo 9. BPB hastaları Atak ve İntihar Sıklığı	33
Tablo 10. Atak Sayısı ile DDGÖ karşılaştırılması.....	33
Tablo 11. Mevcut Duygudurum ile DDGÖ ve SF ölçek puanlarının karşılaştırılması	36
Tablo 12. Ötimik hastalarda Pearson korelasyon katsayısına(r) göre DDGÖ ile SF karşılaştırılması	37
Tablo 13. Depresif atakta olan hastalarda Pearson korelasyon katsayısına(r) göre DDGÖ ile SF karşılaştırılması.....	38
Tablo 14. Hipomanik/Manik atakta olan hastalarda Pearson korelasyon katsayısına(r) göre DDGÖ ile SF karşılaştırılması	38
Tablo 15. Mevcut Duygudurum ile Tedaviye Uyum açısından karşılaştırılması .	39
Tablo 16. Depresif Hastalarda DDGÖ Strateji ile Tedavi Uyum Karşılaştırılması	39
Tablo 17. Pearson korelasyon katsayısına(r) göre DDGÖ ile HDDÖ karşılaştırılması	40
Tablo 18. Hasta Yakınlarında DDÖ Ortalama Puanlar.....	40
Tablo 19. Hasta yakınlarında DDÖ ile DDGÖ karşılaştırılması	41
Tablo 20. Hasta, Hasta Yakını ve Sağlıklı Kontrol gruplarının DDGÖ puanlarının karşılaştırılması	41

12 EKLER

12.1 Ek-1 Etik Kurul İzni

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

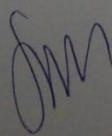
Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
22/06/2017	12	187

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Eda ASLAN'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların ve 1. Derece Yakınlarının Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Araştırılması" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 12/06/2017 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

(Katılmadı)
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza Prof. Dr. Selma ÜNAL Başkan Vekili	İmza Prof. Dr. Fatma Özlem KANDEMİR Üye	İmza Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ Üye
İmza Prof. Dr. Murat BOZLU Üye	İmza Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN Üye	İmza Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN Üye
(Katılmadı) Prof. Dr. Sabire YURTSEVER Üye	İmza Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE Üye	İmza Doç. Dr. İsmail ÜN Üye
İmza Yrd. Doç Dr. M. Türkan IŞIK ERER Üye	İmza Yrd. Doç. Dr. Nalan TIFTIK Üye	İmza Uzm. Dr. Özge KURMUŞ Üye
(Katılmadı) Hürrem Betül LEVENT ERDAL Üye		(Katılmadı) Lale DAĞLI Üye

Prof. Dr. Selma ÜNAL
Başkan Vekili
ASLI GİBİDİR



12.2 Ek-2 Sosyodemografik Bilgi Formu

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARIN VE 1. DERECE YAKINLARININ DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİNİN ARAŞTIRILMASINA İLİŞKİN ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket formu; bipolar bozukluk tanılı hastaların ve 1. derece yakınlarının duygu düzenleme güçlüklerinin araştırılması adlı araştırma kapsamında bipolar hastalar ve yakınları hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Sonuçlar bipolar bozukluk tanılı hastaların duygu düzenleme güçlüklerinin incelenmesinde ve duygu düzenlemenin hastalığın gidişatı üzerinde etkisinin incelenmesinde yardımcı olacaktır.

Anket formlarında Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği, Duygu Dışavurum Ölçeği, Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği, Young Mani Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği olmak üzere 6 adet ölçek yer almaktadır. Doktorunuz sizinle yapacağı görüşme sonucunda size göstereceği ölçekleri doldurmanızı isteyecektir. Sorulara yanıt verme süreniz 15 dakikadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı

Yrd. Doç. Dr. Eda ASLAN

1)Yaşınız:

2)Cinsiyetiniz:

3)Medeni Durumunuz:

4)Eğitim Düzeyiniz:

5)Çalışma Durumunuz ve Mesleğiniz:

6)Yaşadığınız Yer:

7)Ne Kadar Süredir Hastalığınız Bulunmaktadır:

8)Şimdiye Kadar Manik, Hipomanik Ya Da Depresif Ataklardan Toplamda Kaç Defa Atak Geçirdiniz:

9)Şimdiye Kadar Hastaneye Yattınız mı? Eğer Yattıysanız Hastaneye Yatış Sayısınız:

10)Şimdiye Kadar Özkıyım(İntihar) Girişiminiz Oldu Mu? Eğer Olduysa Özkıyım Girişim Sayınız:

11)Şu Anda Mevcut Duygudurumunuz Nedir:

12)Manik, Hipomanik Ya da Depresif Ataklarından İlk Geçirmiş Olduğunuz Atak Türü Nedir:

13)Ek Tıbbi Hastalığınız Var mı? Eğer Varsa Hastalığınızın Adı Nedir: Yok / Var:

14)Şu Anda Kiminle Yaşamaktasınız:

15)Ailenizde Ruhsal Hastalığı Olan Kişi Var mı? Eğer Varsa Hastalığın Adı Nedir: Yok / Var:

12.3 Ek-3 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkta uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinde değerlendiriniz. Her bir cümlenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak yalnızca tek bir rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.

Bazen (%11 - %35) Çoğu zaman (%66 - %90)
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Hemen hemen hiç Yaklaşık yarı yarıya Hemen hemen her zaman
(%0 - %10) (%36 - %65) (%91 - %100)

2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.

Bazen (%11 - %35) Çoğu zaman (%66 - %90)
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Hemen hemen hiç Yaklaşık yarı yarıya Hemen hemen her zaman
(%0 - %10) (%36 - %65) (%91 - %100)

3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.

Bazen (%11 - %35) Çoğu zaman (%66 - %90)
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Hemen hemen hiç Yaklaşık yarı yarıya Hemen hemen her zaman
(%0 - %10) (%36 - %65) (%91 - %100)

4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.

Bazen (%11 - %35) Çoğu zaman (%66 - %90)
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Hemen hemen hiç Yaklaşık yarı yarıya Hemen hemen her zaman
(%0 - %10) (%36 - %65) (%91 - %100)

5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.

Bazen (%11 - %35) Çoğu zaman (%66 - %90)
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

Hemen hemen hiç
(%0 - %10)

Yaklaşık yarı yarıya
(%36 - %65)

Hemen hemen her zaman
(%91 - %100)

6. Ne hissettiğime dikkat ederim.

Bazen (%11 - %35) Çoğu zaman (%66 - %90)
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Hemen hemen hiç Yaklaşık yarı yarıya Hemen hemen her zaman
(%0 - %10) (%36 - %65) (%91 - %100)

7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.

Bazen (%11 - %35) Çoğu zaman (%66 - %90)
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Hemen hemen hiç Yaklaşık yarı yarıya Hemen hemen her zaman
(%0 - %10) (%36 - %65) (%91 - %100)

8. Ne hissettiğimi önemserim.

Bazen (%11 - %35) Çoğu zaman (%66 - %90)
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Hemen hemen hiç Yaklaşık yarı yarıya Hemen hemen her zaman
(%0 - %10) (%36 - %65) (%91 - %100)

9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.

Bazen (%11 - %35) Çoğu zaman (%66 - %90)
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Hemen hemen hiç Yaklaşık yarı yarıya Hemen hemen her zaman
(%0 - %10) (%36 - %65) (%91 - %100)

10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.

Bazen (%11 - %35) Çoğu zaman (%66 - %90)
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Hemen hemen hiç Yaklaşık yarı yarıya Hemen hemen her zaman
(%0 - %10) (%36 - %65) (%91 - %100)

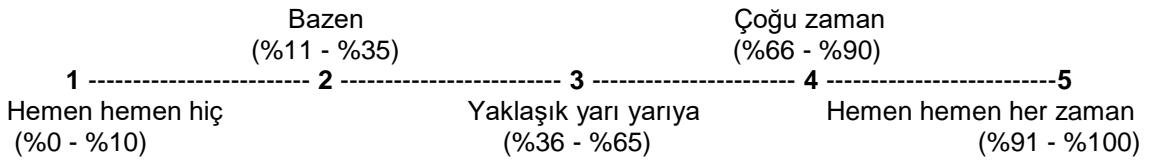
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.

Bazen (%11 - %35) Çoğu zaman (%66 - %90)
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Hemen hemen hiç Yaklaşık yarı yarıya Hemen hemen her zaman
(%0 - %10) (%36 - %65) (%91 - %100)

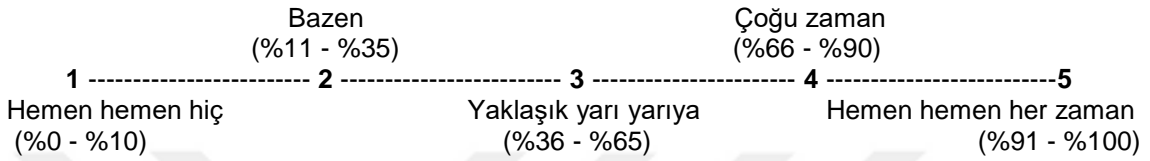
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.

Bazen (%11 - %35) Çoğu zaman (%66 - %90)
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Hemen hemen hiç Yaklaşık yarı yarıya Hemen hemen her zaman
(%0 - %10) (%36 - %65) (%91 - %100)

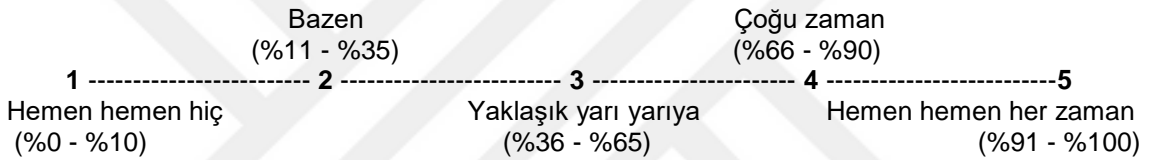
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.



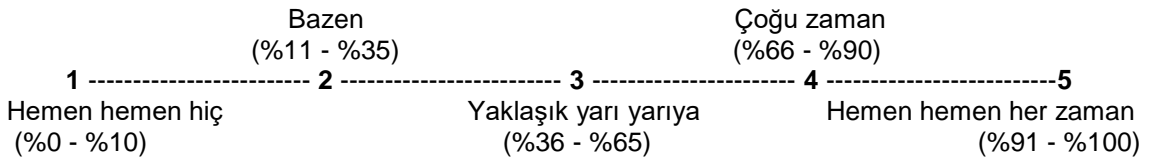
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.



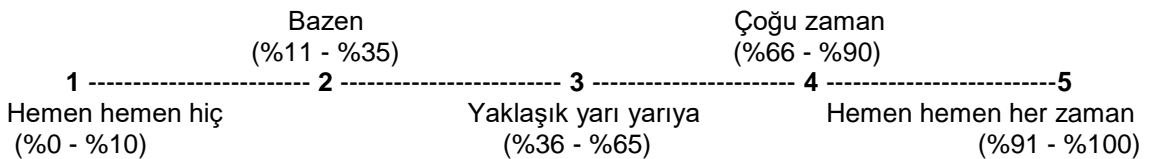
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.



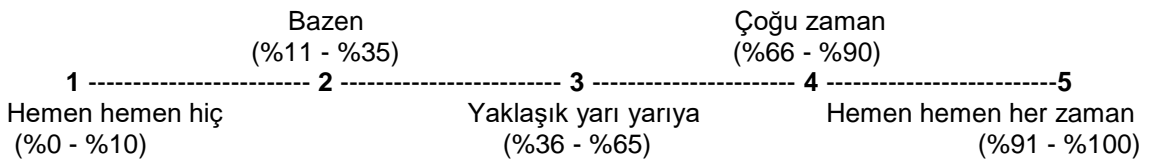
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.



17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.



18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.



19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.

Bazen Çoğu zaman

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
(%11 - %35) (%66 - %90)
Hemen hemen hiç Yaklaşık yarı yarıya Hemen hemen her zaman
(%0 - %10) (%36 - %65) (%91 - %100)

20. Kendimi kötü hissediyorsa da çalışmayı sürdürebilirim.

Bazen Çoğu zaman
(%11 - %35) (%66 - %90)
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Hemen hemen hiç Yaklaşık yarı yarıya Hemen hemen her zaman
(%0 - %10) (%36 - %65) (%91 - %100)

21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygudan dolayı kendimden utanırım.

Bazen Çoğu zaman
(%11 - %35) (%66 - %90)
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Hemen hemen hiç Yaklaşık yarı yarıya Hemen hemen her zaman
(%0 - %10) (%36 - %65) (%91 - %100)

22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmemin bir yolunu bulacağımı bilirim.

Bazen Çoğu zaman
(%11 - %35) (%66 - %90)
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Hemen hemen hiç Yaklaşık yarı yarıya Hemen hemen her zaman
(%0 - %10) (%36 - %65) (%91 - %100)

23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.

Bazen Çoğu zaman
(%11 - %35) (%66 - %90)
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Hemen hemen hiç Yaklaşık yarı yarıya Hemen hemen her zaman
(%0 - %10) (%36 - %65) (%91 - %100)

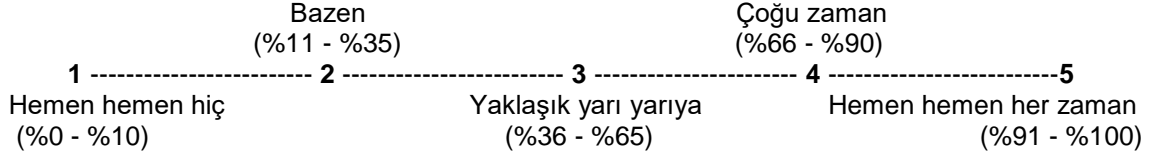
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolüm altındadır.

Bazen Çoğu zaman
(%11 - %35) (%66 - %90)
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Hemen hemen hiç Yaklaşık yarı yarıya Hemen hemen her zaman
(%0 - %10) (%36 - %65) (%91 - %100)

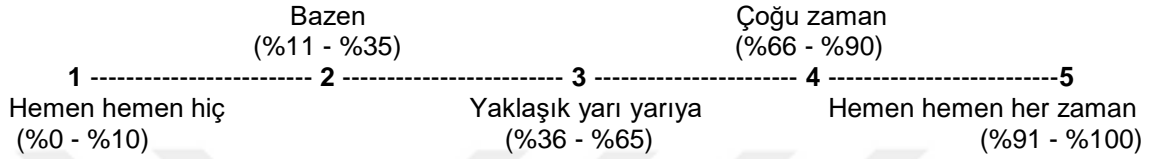
25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.

Bazen Çoğu zaman
(%11 - %35) (%66 - %90)
1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Hemen hemen hiç Yaklaşık yarı yarıya Hemen hemen her zaman
(%0 - %10) (%36 - %65) (%91 - %100)

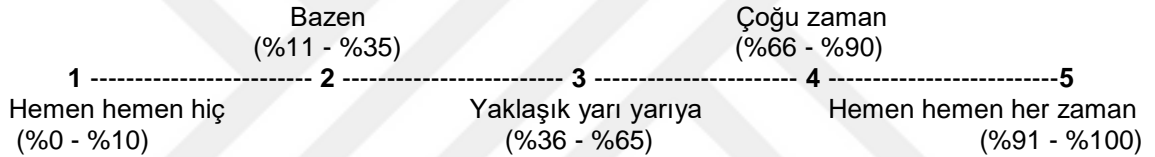
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.



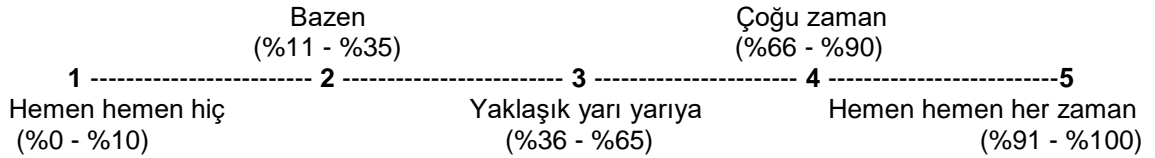
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.



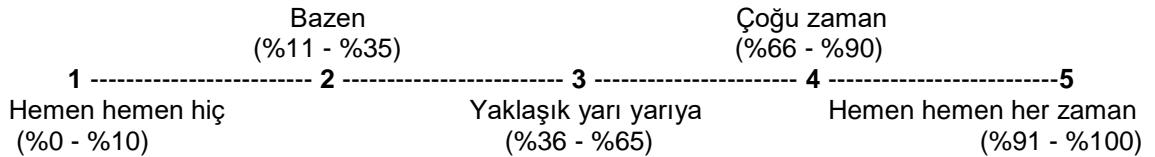
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.



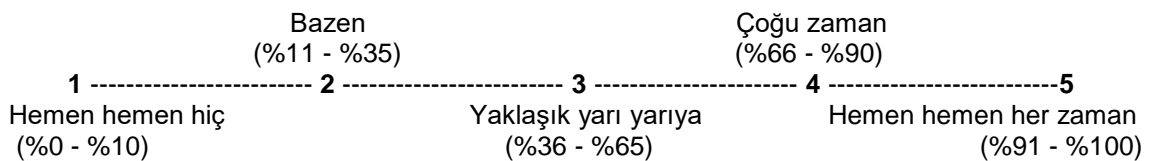
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.



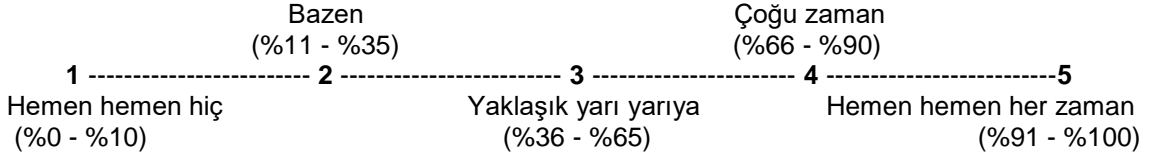
30. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.



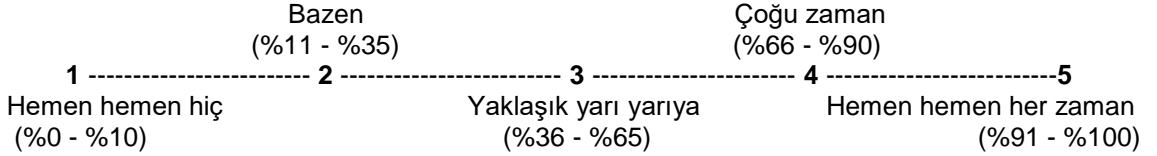
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.



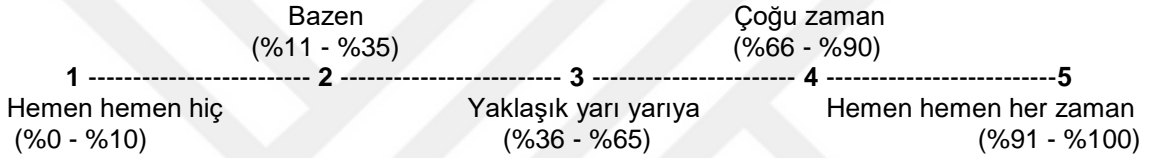
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.



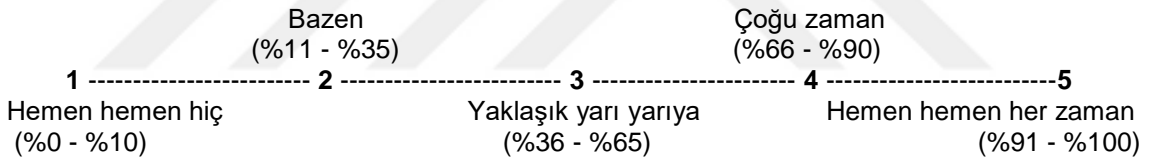
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.



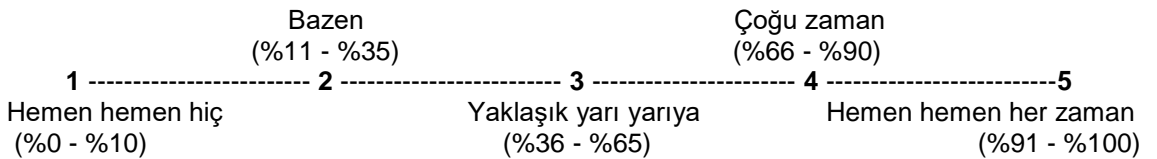
34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.



35. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha iyi hissetmem zaman alır.



36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.



12.4 Ek-4 Duygu Dışavurum Ölçeği

DUYGU DIŞAVURUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda hastanızla aranızdaki ilişkinin bazı yönlerini tanımlayan cümleler vardır. Lütfen hastanızı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan durumlar size uygunsa doğruyu (D), uygun değilse yanlış (Y) işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

1. Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyor ve öfkeleniyorum. (D) (Y)
2. Onun hasta olduğuna inanmıyorum. (D)(Y)
3. Onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum. (D) (Y)
4. Benim için onun istekleri diğer aile üyelerininkinden daha önemlidir. (D)(Y)
5. Onunla ilgili her şeyi, kendine özel konuları bile öğrenmeye çalışıyorum.(D) (Y)

6. Onun varlığı beni deli ediyor. (D) (Y)
7. Düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye. (D) (Y)
8. Onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum. (D)(Y)
9. Ona sık sık öğüt veriyorum. (D) (Y)
10. Onunla uyuşamıyoruz. (D) (Y)
11. Biraktım artık ne hali varsa görsün. (D) (Y)
12. Aile içinde onun her şeyiyle ben ilgileniyorum. (D) (Y)
13. Ona kırılıyor, güceniyorum. (D) (Y)
14. Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim. (D) (Y)
15. Onun üstüne titrerim. (D) (Y)
16. Onunlayken başka şeyle ilgilenemiyorum, ilgim hep onunla oluyor. (D) (Y)
17. O benim hayatımı yaşamama engel oluyor. (D) (Y)
18. O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi geliyor. (D) (Y)
19. Onun yaptığı işleri beğenmiyorum. (D) (Y)
20. Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve bunu ona söylüyorum. (D)(Y)
21. Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum. (D) (Y)
22. Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum. (D) (Y)
23. Onun her şeyi ile ben ilgileniyorum. (D) (Y)
24. "Ondan ah bir kurtulsam" diye düşündüğüm oluyor. (D) (Y)
25. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyor ve ondan uzak duruyorum. (D) (Y)
26. Kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum. (D) (Y)
27. Hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılamıyorum. (D) (Y)
28. Biz birbirimize benziyoruz. (D) (Y)
29. Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum. (D) (Y)
30. Onunla iyi anlaşıyoruz. (D) (Y)
31. Aklım fikrim hep onda başka hiçbir şey düşünemiyorum. (D) (Y)
32. Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum. (D) (Y)
33. Ondan uzak kalmak istiyorum. (D) (Y)
34. Başıma bir sürü dert açıyor. (D) (Y)
35. O olmasa bütün işler yoluna girecek. (D) (Y)
36. Bir zorlukla karşılaşsam başa çıkabiliyorum. (D) (Y)
37. Onun her şeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor. (D) (Y)
38. Öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmaya çalışırım. (D) (Y)
39. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla sohbet etmeye çalışırım. (D) (Y)
40. Onun hastalığını abarttığını düşünüyorum. (D) (Y)
41. Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum. (D)(Y)

12.5 Ek-5 Yaşam Kalitesi Ölçeği

. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SF-36)

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel <input type="checkbox"/>	Çok iyi <input type="checkbox"/>	İyi <input type="checkbox"/>	Orta <input type="checkbox"/>	Kötü <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	----------------------------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesine göre çok daha iyi <input type="checkbox"/>	Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi <input type="checkbox"/>	Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı <input type="checkbox"/>	Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü <input type="checkbox"/>	Bir yıl öncesinden çok daha kötü <input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri yapmanızı kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar kısıtlıyor?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a.Ağır Etkinlikler:Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak			
b.Orta Dereceli Etkinlikler: Masa çekmek, elektrik süpürgesini itmek, bowling oynamak			
c.Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
d.Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
e.Merdivenle bir kat çıkma			
f.Eğilme veya diz çökme			
g.Bir iki kilometre yürüme			
h.Birkaç sokak öteye yürüme			
i.Bir sokak öteye yürüme			
j.Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son dört hafta boyunca, bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a.İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
b.Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
c.İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu?		
d.İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (Örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son altı hafta boyunca, duygusal sorunlarınızı (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a.İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
b.Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
c.İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli		

yapamıyor muydunuz?

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan normal sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç <input type="checkbox"/>	Biraz <input type="checkbox"/>	Orta derecede <input type="checkbox"/>	Oldukça <input type="checkbox"/>	Aşırı <input type="checkbox"/>
----------------------------------------	------------------------------------------	--------------------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------

7. Son dört hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

Hiç <input type="checkbox"/>	Çok hafif <input type="checkbox"/>	Hafif <input type="checkbox"/>	Orta <input type="checkbox"/>	Şiddetli <input type="checkbox"/>	Çok şiddetli <input type="checkbox"/>
----------------------------------------	----------------------------------------------	------------------------------------------	-----------------------------------------	---------------------------------------------	-------------------------------------------------

8. Son dört hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işlerinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç <input type="checkbox"/>	Biraz <input type="checkbox"/>	Orta derecede <input type="checkbox"/>	Oldukça <input type="checkbox"/>	Aşırı <input type="checkbox"/>
----------------------------------------	------------------------------------------	--------------------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
a.Kendinizi hayat dolu hissettiniz mi?						
b.Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
c.Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
d.Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
e.Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
f.Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
g.Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
h.Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
i.Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?

Her zaman <input type="checkbox"/>	Çoğu zaman <input type="checkbox"/>	Bazen <input type="checkbox"/>	Nadiren <input type="checkbox"/>	Hiçbir zaman <input type="checkbox"/>
----------------------------------------------	-----------------------------------------------	------------------------------------------	--------------------------------------------	-------------------------------------------------

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle yanlış
--	-------------------------	-------------------------	-------------------	--------------------------	--------------------------

a.Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
b.Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
c.Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
d. Sağlığım mükemmel.					

12.6 Ek-6 Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

1-İlaç almayı hiç unuttuğunuz oldu mu?

Evet / Hayır

2-İlacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?

Evet / Hayır

3-Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı almayı kestiğiniz olur mu?

Evet / Hayır

4-Bazen ilacınızı aldıңызda kendinizi kötü hissederseniz ilaç kullanmayı bırakır mısınız?

Evet / Hayır

12.7 Ek-7 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hasta Adı-Soyadı:

1. Depresif (Çökkün) Ruh Hali	(1-5)	
2. Çalışma Ve Etkinlikler	(1-5)	
3. Genital Semptomlar	(1-3)	
4. Somatik Semptomlar–Gastrointestinal	(1-3)	
5. Kilo Kaybı		

A. Özgeçmişini Değerlendirirken	(1-4)	
B. Gerçek Kilo Değişimi	(1-4)	
6. Uykusuzluk (Başlarken)	(1-3)	
7. Uykusuzluk (Orta)	(1-3)	
8. Uykusuzluk (Geç)	(1-3)	
9. Somatik Belirtiler (Genel)	(1-3)	
10. Suçluluk Duyguları	(1-5)	
11. İntihar	(1-5)	
12. Psikik Kaygı	(1-5)	
13. Somatik Kaygı	(1-5)	
14. Hipokondri	(1-5)	
15. İçgörü	(1-3)	
16. Yavaşlama	(1-5)	
17. Ajitasyon	(1-5)	
TOPLAM Puan		

12.8 Ek-8 Young Mani Derecelendirme Ölçeği

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

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

2) Hareket ve enerji artışı

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

3) Cinsel ilgi

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

4) Uyku

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

5) İritabilite

0. Yok
2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
8. Düşmanca; işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok
2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basınçlı; durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok
1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması
3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali
4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal
2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın
2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

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

11) İlgörü

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