

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR BOZUKLUK İLE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI
KOMORBİDİTESİ**

**Ezgi SEVİNÇ
124102142**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Hüsnü ERKMEN

İstanbul-2014

ÖZET

BİPOLAR BOZUKLUK İLE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI KOMORBİDİTESİ

Bu çalışma, bipolar bozukluk ile anksiyete bozuklukları komorbiditesini incelemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla bipolar bozukluk tanısı almış 50 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma Mart 2014-Ağustos 2014 tarihleri arasında Özel NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi uygulanmıştır. DSM-IV uyumlu SCID-I Psikiyatrik görüşme formu kullanılarak anksiyete bozuklukları komorbiditesi belirlendi. Depresyon, mani ve anksiyete değerlendirmesi için Beck Depresyon Envanteri, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği uygulandı. Bipolar bozukluk hastalarından oluşan grup, sosyodemografik, depresyon, mani dönemleri, anksiyete düzeyleri ve anksiyete komorbidite sıklığı ve ilişkisi yönünden karşılaştırıldı.

SCID-I'e göre hastalardan çalışmaya dahil edilen hastalardan 2'sinde (%4) Agorafobiyle birlikte panik bozukluk, 1'inde (%2) obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ve özgül fobi, 1'inde (%2) OKB, sosyal fobi ve yoğun anksiyete bozukluğu (YAB), 2'sinde (%4) OKB ve sosyal fobi, 3'ünde (%6) OKB ve YAB, 1'inde (%2) OKB, sosyal fobi, özgül fobi ve YAB, 1'inde (%2) özgül fobi, 1'inde (%2) özgül fobi ve YAB, 1'inde panik bozukluk (PB) ve özgül fobi, 1'inde (%2) PB, özgül fobi ve sosyal fobi, 1'inde (%2) PB, OKB ve YAB, 2'sinde (%4) PB, sosyal fobi ve YAB, 1'inde (%2) panik bozukluk ve YAB, 2'sinde (%4) PB öyküsü olmayan agorafobi, 1'inde (%2) PB, özgül fobi ve YAB, 1'inde posttravmatik stres bozukluğu (PTSB), 1'inde (%2) PTSB ve sosyal fobi, 1'inde (%2) PTSB, Sosyal fobi ve özgül fobi, 1'inde (%2) PTSB, sosyal fobi ve YAB, 1'inde (%2) PTSB ve özgül fobi, 2'sinde (%2) sosyal fobi, özgül fobi ve YAB, 6'sında (%12) sosyal fobi ve YAB, 1'inde (%2) sosyal fobi, 3'ünde (%6) YAB, 2'sinde (%4) agorafobi ile birlikte PB ve sosyal fobi, 1'inde agorafobi ile birlikte PB,

sosyal fobi, özgül fobi ve YAB, 1'inde (%2) PB öyküsü olmadan agorafobi ve YAB, 1'inde de (%2) PTSD, sosyal fobi, özgül fobi ve YAB tespit edilmiştir.

Çalışmamızda hastaların %20'sinde en az bir anksiyete bozukluğu, %66'sinde ise birden fazla anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar göstermektedir ki bipolar bozukluk-anksiyete komorbiditesi %20 olarak tespit edilmiştir. Ek anksiyete bozukluğu tanısı almayan 7 hasta (%14) bulunmaktadır. İstatistiksel analizler neticesinde gruplar arasında ölçeklerden elde edilen skorlar açısından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu, komorbidite

ABSTRACT

COMORBIDITY OF ANXIETY - BIPOLAR DISORDERS

This study was carried out to investigate bipolar disorder and anxiety disorders comorbidity. For this purpose 50 patients with bipolar disorder were included into the study. The study was carried out Private NP Istanbul Neuropsychiatry Hospital between March-August 2014.

In this study, the survey method was used for data collection. Comorbidity of anxiety disorders have been identified using DSM-IV compliant SCID-I Psychiatric Interview Form. Beck Depression Inventory, Young Mania Rating Scale, The Hamilton Anxiety Rating Scale were administered for the evaluation of depression, mania and anxiety. The group of patients with bipolar disorder, were compared in terms demographic, depression, manic episodes, anxiety levels and anxiety comorbidity and frequency.

According to the SCID-I included in the study, in 2 patients (4%) agoraphobia with panic disorder, in 1 patient (2%) obsessive-compulsive disorder (OCD) and specific phobias, and in 1 (2%) patient OCD social phobia and intense anxiety disorder (GAD), in 2 patients (4%) OCD and social phobia, in 3 (6%) patients OCD and GAD, and in 1 (2%) patient OCD, social phobia, specific phobia, and GAD, in 1 (2%) patient, specific phobia, in 1 (2%) patient specific phobia, and GAD, panic disorder (PB) and specific phobia, and 1 (2%) PB, specific phobia, and social phobia, in 1 (2%) patient PB, OCD and GAD, in 2 (4%) patients, PB, social phobia and GAD, in 1 (2%) patient panic disorder and GAD, in 2 (4%) patients agoraphobia without history of PD, in 1 (2%) patient PB, specific phobia, and GAD, and in 1 (2%) patient post-traumatic stress disorder (PTSD), in 1 (2%) patient PTSD, and social phobia, in 1 (2%) patient PTSD, social phobia and specific phobia and in 1 (2%) patient PTSD, social phobia and GAD, and in 1 (2%) patient specific phobia, PTSD, and in 2 (4%) patients social phobia, specific phobia, and GAD, in 6 (12%) patients social phobia and GAD, and in 1 (2%) patient, social phobia, in 3 (6%) patients GAD, in 2 (4%) patients PD with agoraphobia, social phobia, in 1 patient (2%) agoraphobia and PD, social phobia, specific phobia and

GAD, and in 1 (2%) patient agoraphobia without history of PD and GAD, in 1 (2%) patient (2%), PTSD, social phobia, specific phobia, and GAD have been identified.

In our study, at least 20% of the patients have one anxiety disorder, 66% of the patients have more than one anxiety disorder. 7 patients (14%) did not receive a diagnosis of anxiety disorder. As a result of the statistical analysis carried out with data obtained from the scales, no significant differences were detected between the groups.

Key words: Bipolar disorder, Anxiety disorders, Comorbidity



İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	iv
TABLolar DİZİNİ.....	v
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Bipolar Bozukluk, Tanımı ve Tarihçesi.....	4
2.2. Sınıflandırma ve Tanı.....	6
2.3. Epidemiyoloji.....	13
2.4. Etyoloji.....	14
2.4.1. Genetik nedenler.....	14
2.4.2. Biyokimyasal nedenler.....	15
2.4.3. Nöroendokrin etmenler.....	17
2.5. Bipolar Bozuklukta Klinik Özellikler.....	17
2.6. Bipolar Bozuklukta Komorbidite.....	19
2.7. Anksiyete.....	19
2.7.1. Epidemiyoloji.....	21
2.7.2. Etyoloji.....	22
2.7.3. Sınıflama.....	22
2.7.3.2. Panik bozukluk.....	24
2.7.3.3. Obsesif kompulsif bozukluk.....	25
2.7.3.4. Özgül fobi.....	26
2.7.3.5. Sosyal anksiyete bozukluğu.....	26
2.7.3.6. Travma sonrası stres bozukluğu.....	27
2.8. Bipolar Bozukluk ve Anksiyete.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Evren ve Örneklem.....	31
3.2. Yöntem.....	31
3.3. Gereçler.....	32
3.4. İstatistiksel Analiz.....	33
4. BULGULAR.....	34
TARTIŞMA ve SONUÇ.....	466
KAYNAKÇA.....	49
EKLER.....	60

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Anksiyete bozukluklarının alt tipleri	22
Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik sonuçlara göre dağılımı	34
Tablo 4.2. Hastaların doğum yerlerine göre dağılımı	35
Tablo 4.3. Daha önce hastaneye yatıp yatmama durumuna göre hastaların dağılımı	36
Tablo 4.4. Hastaların geçirdikleri nöbet sayısına göre dağılımı.....	36
Tablo 4.5. Cinsiyete göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırması.....	37
Tablo 4.6. Yaşa göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırması	37
Tablo 4.7. Medeni duruma göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırması.....	38
Tablo 4.8. Eğitim durumuna göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırması.....	39
Tablo 4.9. Gelir düzeyine göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırması	40
Tablo 4.10. Yerleşim yerine göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırması	41
Tablo 4.11. Daha önceki hastane yatışlarına göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırması	42
Tablo 4.12. Anksiyete bozukluğu ek tanısına göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırması	43
Tablo 4.13. Hastaların SCID-I sonuçlarına göre dağılımı	44
Tablo 4.14. Hastaların anksiyete bozukluk sayısına göre dağılımı.....	45

1. GİRİŞ

İnsanlık var olduğundan beri depresif rahatsızlıklar da hep var olmuştur. Özellikle günümüz dünyasında bu tür rahatsızlıklar zirveye ulaşmış durumdadır. Depresif rahatsızlıklar insanlar ve çevreleri üzerinde önemli etkilere sahip olup mutlak surette ciddiye alınması ve bu bağlamda da uzmana başvurulması gereken rahatsızlıklar arasında yer almaktadır. Günümüzde tanımlanmış olan çok sayıda depresif rahatsızlık söz konusu olup bunlardan birisi de bipolar bozukluktur.

Bipolar bozukluk ya da diğer adıyla iki uçlu duygudurum bozukluğu geçmişte manik depresyon, manik atak ya da manik depresif bozukluk olarak bilinmekteydi. Bireyin depresyon ve/veya mani, hipomani, ve/veya kompleks durumlar geçirdiği duygudurum bozukluklarını ifade etmektedir (Davison and Neale, 2004).

Dünya genelinde insanların büyük bir kısmı depresif bozukluklar yaşamaktadır. Bipolar bozukluk genel itibariyle uzun dönemli ve yineleyici özelliğe sahip olup bireysel ve toplumsal uyum bozukluğuna yol açarak hasta ve çevresi üzerinde önemli etkilere sahiptir.

Bipolar bozukluğun yaşam boyu prevalansı %1 olarak bildirilmekle beraber son dönemlerde bir spektrum olarak görülmekte ve bu grup içerisinde yer alan bozuklukların genel nüfusun %5'inde ve tüm depresif rahatsızlıklar içerisinde de %50 gibi oldukça yüksek oranlarda görüldüğüne ilişkin önemli veriler bulunmaktadır (Kaplan and Sadock, 2004).

Anksiyete genel itibariyle kavramsal, somatik, duygusal ve davranışsal bileşenlere sahip olmak şeklinde tanımlanmakta olup canlılarda ciddi metabolik ve fiziksel etkileri bulunmaktadır. Duygusal açıdan ise korku ve panik hissine yol açar. Anksiyete bulunan bireyler her şeyi olabilecek en kötü yönüyle ele alır ki bu durum da moral düzeyini asgariye indirir. Davranışsal açıdan ise hasta anksiyeteye neden olan unsurdan kaçma eğilimindedir.

Dünya genelinde en yaygın psikiyatrik hastalıklar arasında yer almakta olup her dönem nüfusun %15'inden fazlasında kendini göstermektedir. Aynı zamanda diğer psikiyatrik rahatsızlıklar ile birlikte görülme oranı da yüksektir (Seligman et al., 2001).

Yukarıda da ifade edildiği gibi anksiyete diğer psikiyatrik rahatsızlıklar ile birlikte görülebilen bir rahatsızlıktır. Genel olarak birbirinden tamamen ayrı ya da örtüşen etyolojilere sahip olan iki yahut daha fazla sayıda farklı bozukluğun eş zamanlı bir arada bulunması komorbidite olarak tanımlanmaktadır (Altınay, 2005). Majör depresyon ile anksiyete bozuklukları arasında klinik ve fenomenolojik olarak açık bir ilişki söz konusudur. Bununla birlikte bipolar bozukluk ile anksiyete bozukluklarının birlikteliğinin klinik özellikleri, epidemiyolojisi ve tedavisi üzerine yapılan çalışmaların sayısı son yıllarda artış göstermiştir. Bu bağlamda literatür incelendiğinde herhangi bir anksiyete bozukluğu türü, panik bozukluk (PB), obsesif – kompulsif bozukluk (OKB), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), sosyal fobi (SF) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) Bipolar bozukluğu hastalarında eşlik eden hastalıklar olarak görülebilmektedir.

Yakın geçmişte konu üzerine yapılan epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda bipolar bozuklukta eş tanı oranlarının son derece yüksek olduğu bildirilmektedir. Eş tanı anksiyete bozukluğunun olması, bipolar bozukluğa sahip olan hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri üzerinde etkili olmaktadır. Konu üzerine gerçekleştirilen çalışmalarda bipolar bozukluk ve eş tanı anksiyete bozukluğuna sahip olanların genel olarak genç yaşta ve erkek oldukları, hastalık başlangıç yaşının diğer bipolar hastalara nazaran daha erken olduğu gösterilmiştir. Bunlara ilaveten bu hastaların tedaviye yanıtlarının diğerlerine kıyasla daha düşük olduğu, psikotik ve mikst epizotların fazla olduğu, madde kullanımı ve suicidal girişimlerinin yüksek olduğu ve hastaneye yatış oranlarının da daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Annagür, 2011).

Bipolar bozukluk ile ilgili yapılan bütün araştırmalar da çok yoğun olarak anksiyete bozukluğu ile komorbid olarak çıkmaktadır. Ancak ülkemizde bu konu ile ilgili yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Komorbid olan bu iki hastalık grubunun tedavisi ile ilgili ortak bir tavır ortaya konamamaktadır.

Ancak diğer araştırmacıların gözlemlerine göre komorbidite hastalığı ağırlaştırmakta, yatışları arttırmakta ve tedavi uyumunu bozarak tedaviyi güçleştirmektedir. Bütün bu durumlar göz önünde bulundurularak bu araştırmayı yapmaya karar verilmiştir. Bu çalışmanın amacı, bipolar bozukluk ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu amaç doğrultusunda, bipolar bozukluk tanısı almış hasta grubunun demografik ve klinik özellikleri göz önünde bulundurularak anksiyete bozukluğu komorbiditesi sıklığı ve ilişkisi araştırılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

Bipolar bozukluk uzun süreli, hastalık ve iyilik dönemleri ile seyreden, belirgin psikososyal bozulmaya ve yeti kaybına neden olabilen bir hastalıktır (Saka ve ark., 2011). İşlev kaybına neden olan ve toplumda yeti kaybına yol açan hastalıklar arasında 8. sırada yer aldığı bildirilmiştir (Sachs, Thase, Otto, Bauer, Miklowitz, Wisniewski, 2003).

2.1. Bipolar Bozukluk, Tanımı ve Tarihçesi

Bipolar bozukluk, bireyin kendisini aşırı coşkulu yahut durgun hissetmesine neden olan, duygudurumun oldukça yükseldiği veya düştüğü, mani, hipomani, depresyon, karma dönemleri bulunan ve beynin biyokimyasının değiştiği bir hastalıktır (Sachs and Rush, 2003).

Davison ve Neale'ye (2004) göre, bipolar bozukluk (iki uçlu bozukluk, eski adıyla manik-depresif hastalık) iki ayrı hastalık dönemleriyle karakterize bir ruhsal bozukluktur. Bu hastalık dönemlerinden bir tanesinde taşkınlık (mani), diğerinde ise çökkünlük (depresyon) bulunmaktadır. Birbirlerine zıt gibi görünen bu iki hastalık dönemi yatışma ve alevlenmelerle seyreder. Bipolar bozukluğun kritik belirtileri maninin taşkın ya da sınırlı duygudurumu, konuşkanlık, aşırı hareketliliği ve ek olarak depresyon dönemleridir.

Duygudurum bozuklukları yaklaşık 2500 yıldır en fazla karşılaşılan hastalıklar arasında yer almaktadır (Akiskal, 2007). Tarih öncesi dönemlere ait dini kitaplarda, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır depresyon ve taşkınlık nöbetleri geçiren hastalardan söz edilmiştir (Ceylan ve Oral, 2001).

Mani ve melankoli kavramlarını sistematik olarak ilk kez Hipokrat (M.Ö. 460-357) tanımlamış olup “kara safra” olarak da isimlendirdiği melankoliyi “iştahsızlık, ümitsizlik, uykusuzluk, çabuk sinirlenme ve huzursuzluk” hali olarak tanımlamıştır (Akiskal, 2007).

Kapadokyalı Aretaeus M.S. 1. yüzyılda ilk olarak mani ve melankolinin aynı hastalığın iki farklı durumu olduğunu ifade etmiş olup bu görüş günümüzdeki “bipolarite” kavramının temellerini oluşturmuştur (Stone 2007).

Farlet 1854 yılında “folie circulaire (döngüsel delilik)”, Baillarger “folie a double forme (deliliğin çift formu)” isimleriyle bozukluğun kapsamlı tanımlamalarını yapmışlardır. Aynı zamanda mani ve depresyonun, klinik ve kavramsal olarak birbiriyle ilişkili olduğunu da ifade etmişlerdir. Her iki araştırmacı da yapmış oldukları tanımlamalarda eksitasyon, üzüntü ve farklılaşan sürelerdeki iyilik halleri ile karakterize durumlardan söz etmişlerdir (Colom and Vieta, 2012).

Kraepelin (1856-1926), mani ve melankolinin tüm türlerinin gruplandırmanın yanı sıra manik depresif rahatsızlığı, nozolojik olarak ve bir hastalık olarak ortaya koymuştur (Akiskal, 2007). Manik depresif psikoz ile şizofreninin sınırlarını belirtip hastalığın döngüsel seyrini ve temel klinik özelliklerini tanımlamıştır (Colom and Vieta, 2012).

Leonard, yapmış olduğu çalışmalarda duygudurum bozukluklarının bipolar ve unipolar formları arasında klinik, evrimsel ve ailevi farklılıklar olduğunu göstermiştir ki bu ayırım 1966 yılında birbirinden bağımsız olarak Angst ve Perris tarafından da doğrulanmıştır. George Winokur tarafından yönetilen Kuzey Amerika grubu ile birlikte bu ikilinin çalışmaları standartlaştırılmış, ölçütler temelinde duygudurum bozuklukların erken dönem sınıflandırmalarının bilimsel ve klinik temeli oluşturulmuştur. Nozolojik kavramların gelişmesine paralel olarak, lityum tuzunun keşfi (1949) bipolar bozukluk tarihinde önemli bir gelişmedir (Colom and Vieta 2012).

2.2. Sınıflandırma ve Tanı

DSM-IV'te Bipolar Bozukluğu başlığı altında dört tip bozukluktan söz edilmektedir (DSM –IV TR, 2005);

1. Bipolar I Bozukluk
2. Bipolar II Bozukluk
3. Siklotimik Bozukluk
4. Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Bipolar Bozukluk

DSM IV'e göre bipolar bozukluk özgül bir belirti ölçütleri dizisi ile tanımlanır. Bipolar bozukluk tip I, en az bir manik ya da karma atağın varlığını gerektirir. Tipik olarak manik atağı olan hasta, majör depresif atak da geçirirken, bipolar I bozukluk tanısı, bir manik atak geçirmiş ve geçmişte majör depresif atak geçirmemiş hastalarda konulabilir. Stahl'a (2010) göre, Bipolar I hastaları tam anlamıyla manik dönem ve/veya tam maniye ek olarak eş zamanlı tam depresyonun karma dönemi içerisindedirler ve genellikle bu dönemi tam bir depresif dönem takip eder. Mani yılda en az dört defa tekrarlandığında hızlı döngülü olarak adlandırılır. Bipolar I hastaları ayrıca maniden depresyona veya geri maniye hızlı biçimde kayabilirler. Tanım olarak bu yılda en az dört defa olmaktadır.

Bipolar-I Bozukluğu DSM-IV TR Tam Ölçütleri;

- A. En az bir manik ya da karışık tip dönem vardır.
- B. Depresif dönemler ya sergilenmiştir ya da ilerde ortaya çıkacaktır (Ancak bulunmaları tanı için gerekli değildir).
- C. Duygudurum dönemleri şizoaffektif bozukluğa uymaktadır ve şizofreni, şizofreniform bozukluk ya da delüzyonel bozukluk ya da başka bir yerde sınıflandırılmayan psikotik bozukluk üzerine eklenmektedir.
- D. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bir rahatsızlık ya da bozulmaya neden olmaktadır.
- E. Belirtiler bir maddenin (örn: kötüye kullanılan bir madde ya da ilaç) ya da genel tıbbi hastalığın (örn: hipertiroidi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Bipolar-I bozukluğunun ana özelliği bir ya da daha fazla manik ya da karma (mikst) dönem geçirmiş olmaktır. Manik dönem; yükselmiş, öforik ya da taşkın duygudurum, benlik değerinde yükselme, motor eksitasyon ve riskli davranışlarla karakterizedir. Hastada patolojik bir şekilde kendini iyi hissetme, neşe, keyif, mutluluk ve coşku hali vardır. Kendine güvendeki artış bazen psikotik düzeydedir. Sanrı ve varsanılar duyguduruma uygun olabileceği gibi uygunsuz da olabilir (Akt. Güleç ve Köroğlu, 2007). Psikomotor aktivitede hızlanma nedeniyle hızlı konuşma, düşünce uçuşması, hareketlerde hızlanma, cinsel istekte artış ve uykusuzluk görülür. Bu dönemde dürtüsellik ve risk alma davranışı arttığından sıklıkla tabloya alkol ve madde kötüye kullanımı eşlik eder. Sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma ve genel popülasyona göre özkıyım nedeniyle ölüm oranı 3 kat daha yüksektir (Eroğlu, 2010).

Manik Epizod DSM-IV TR Tanı Ölçütleri:

A. En az 1 hafta süreyle (hastaneye yatış gerekiyorsa süreye bakılmaksızın) anormal ve sürekli şekilde yükselmiş, öforik ya da iritabl ayrı bir duygudurum döneminin varlığı.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden en az 3'ünün (duygudurum yalnızca iritabl ise 4'ünün) önemli derecede ve sürekli varlığı.

1. Abartılı yükselmiş benlik değer duygusu ya da grandiyözite.
2. Uyku gereksiminin azalma.
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da basınçlı konuşma.
4. Düşünce uçuşması ya da öznel olarak düşüncelerinin çok hızlandığını hissetme.
5. Distraktibilite (yani dikkatin önemsiz ya da konudışı uyaranlara kolayca çekilerek dağılabilmesi.)
6. Amaca yönelik aktivite artışı (sosyal, iş, okul, ya da cinsel aktivitede) ya da psikomotor ajitasyon.

7. Önemli zararlar yaratabilecek zevk verici etkinliklere kolayca girme (örn.aşırı harcama, düşüncesizce cinsel ilişkiler ve iş yatırımları.)

C. Belirtilerin karma (mikst) tip döneme uymaması.

D. Duygudurum bozukluğunun iş yaşamı, sosyal etkinlik ve ilişkilerde önemli bozulmaya yol açacak ya da kendine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılmasını gerektirecek ağırlıkta ya da psikotik özellikte olması.

E. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Not: Somatik antidepresan sağaltım (örn: İlaç, elektrokonvulsif terapi, ışık sağaltımı) açıkça neden olduğu manik benzeri dönemler iki uçlu I bozukluğu olarak sayılmamalıdır.

Yazıcı'ya göre, manik ve majör depresif dönem belirtilerinin birlikte bulunduğu dönemler, karma dönem adını alır. Hasta her iki dönem ölçütlerini dolduracak derecede ciddi dalgalanmaları, aynı dönem içinde ardı ardına yaşantılamakta ve sergilemektedir. Karma dönem, temelde manik dönemin bir alttipi gibi düşünülür ve ona depresif belirtilerin net, uzun süreli eşliğinde akla gelir (Yazıcı, 2007).

Karma Manik Epizod DSM-IV TR Tanı Ölçütleri;

A. En az 1 hafta süreyle, hemen hergün, hem manik hem de major depresif dönem ölçütlerine uyuyor olmak.

B. Duygudurum bozukluğunun iş ya da sosyal yaşamda önemli bozulmaya yol açıyor ya da başkalarına zarar vermesini önlemek amacıyla hastaneye yatırılmasını gerektiriyor, ya da psikotik özellikli.

C. Belirtilerin bir maddenin ya da genel tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmamak.

Not: Belirgin şekilde somatik antidepresan bir sağaltımın (örn. ilaç, EKT, ışık sağaltımı) neden olduğu karma dönemlerde Bipolar-I bozukluğu tanısı konmamalıdır.

Bipolar II bozukluk, bipolar I bozukluktan manik atak bulunmayan hipomani varlığı ile ayrılır. Bu bozukluğun ana özelliği, en az bir majör depresif dönem ile en az bir hipomanik dönemin varlığı, ama manik ya da karma bir dönemin bulunmamasıdır. Hipomanik dönem, kısa süreli olmaları (en az 1 hafta yerine 4 gün) ve daha az şiddetteki bozukluğa (sosyal ya da mesleki işlevlerde belirgin bozulmaya, psikiyatrik nedenlerle hastaneye yatışa, ya da psikotik özelliklere yol açmayacak kadar az etkili) neden olmaları ile maniden ayrılır.

Bipolar-II Bozukluğu DSM-IV TR Tanı Ölçütleri:

- A. En az bir manik depresif dönemin ya da geçirilmiş dönem öyküsünün varlığı.
- B. En az bir hipomanik dönemin ya da geçirilmiş dönem öyküsünün varlığı.
- C. Manik ya da karışık tip bir dönemin geçirilmemiş olması.
- D. A ve B ölçütlerindeki duygudurum belirtileri şizoaffektif bozukluğa uymamaktadır ve şizofreni, şizofreniform bozukluk ya da delüzyonel bozukluk ya da başka bir yerde sınıflandırılmayan psikotik bozukluk yerine eklenmemiştir.
- E. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bir rahatsızlık ya da bozulmayan neden olmaktadır.

Hipomanik Epizod DSM-IV TR Tanı Ölçütleri:

- A. Olağan, depresif olmayan duygudurumdan açıkça farklı, en az 4 gün günboyu süren, sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl ayrı bir duygudurum döneminin olması.
- B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden en az 3'ünün (duygudurum yalnızca irritabl ise 4'ünün) belirgin olarak bulunur.
 - 1. Abartılı yükselmiş benlik değer duygusu ya da grandiyözite.
 - 2. Uyku gereksiminin azalma.
 - 3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da basınçlı konuşma.

4. Düşünce uçuşması ya da öznel olarak düşüncelerinin çok hızlandığını hissetme.

5. Distraktibilite (yani dikkatin önemsiz ya da konudışı uyaranlara kolayca çekilerek dağılabilmesi.)

6. Amaca yönelik aktivite artışı (sosyal, iş, okul, ya da cinsel aktivitede) ya da psikomotor ajitasyon.

7. Önemli zararlar yaratabilecek zevk verici etkinliklere kolayca girme (örn.aşırı harcama, düşüncesizce cinsel ilişkiler ve iş yatırımları.)

C. Dönem kişinin belirtisiz olduğu durumu ile uyuşmayan, kesin bir işlevsellik değişkenliğini gösteriyor olmalıdır.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte değişiklik başkalarının da gözlenebilir olmalıdır.

E. Dönem, iş ve sosyal işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hospitalizasyon gerektirecek kadar şiddetli değildir ve psikotik özellikler bulunmamaktadır.

F. Belirtiler bir maddenin (örn: kötüye kullanılan bir madde, ilaç ya da başka bir sağaltım) ya da genel tıbbi bir hastalığın (örn: hipertiroidi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Not: Belirgin şekilde somatik antidepressan bir sağaltımın (örn: ilaç, EKT, ışık sağaltımı)neden olduğu hipomanik benzeri dönemlerde Bipolar-II bozukluğu tanısı konmalıdır.

Depresif Epizod DSM-IV TR Tanı Ölçütleri:

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

1. Hastanın ya kendisinin bildirmesi (örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun % 5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının azalmış ya da artmış olması.

4. Hemen her gün, uykusuzluk ya da aşırı uyku olması.

5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması.

6. Hemen her gün, yorgunluk – bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması.

8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık.

9. Yenileyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen özkıyım düşünceleri, özkıyım girişimi ya da özkıyım için özgül bir tasarının olması.

B. Bu semptomlar bir karma dönemin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar yaşla daha iyi açıklanamaz.

Karşıdağ ve Oral'a göre, siklotimi kronik seyirli bir ikiüçlü bozukluktur. İkiüçlü bozukluk Tip-II formunun hafif seyirli bir türü olarak da tanımlanabilen hastalık, orta şiddetteki kısa depresif ataklarla, birkaç gün ile birkaç hafta süreli hipomanik dönemlerin görüldüğü süregen bir seyir izler.

Hastalık sürecinde belirtisiz ara dönemler oldukça kısa sürelidir. Siklotimli bireylerde depresyon ya da hipomani belirtileri olmadan geçirilen dönemler bir seferde iki aydan daha uzun değildir. Siklotimik bozukluk erkek ve kadınlarda eşit olmak üzere toplumun binde 4 ile %1'inin etkilemektedir. Diğer iki uçlu hastalıklar gibi ergenlik döneminde başlar. Hastaların yaklaşık %30'unun tanısının zaman içinde bipolar tip-I ya da II'ye dönüştüğü bildirilmiştir (Karşıdağ ve Oral, 2007).

Siklotimik Bozukluk DSM-IV TR Tanı Ölçütleri:

A. En az 2 yıl süreli olarak hipomanik belirtilerle giden bir çok dönemin ve Majör Depresif Epizodun tanı ölçütlerini karşılamayan depresif belirtilerle giden birçok dönemin bulunması. (çocuk ve ergenlerde bu süre en az 1 yıl olmalıdır)

B. Yukarıda sözü edilen 2 yıllık dönem (çocuk ve ergenlerde 1 yıl) boyunca kişi A tanı ölçütünde sıralanan belirtilerin bulunmadığı bir seferde 2 aydan daha uzun süren bir dönem geçirmemiştir.

C. Bu bozukluğun ilk 2 yılı boyunca Majör Depresif Epizod, Manik Epizod ya da Karma Epizod geçirilmemiştir.

NOT: Siklotimik bozukluğun ilk 2 yılından (çocuk ve ergenlerde 1 yıl) sonra üzerine binmiş Manik ya da Karma Epizodlar olabilir (bu durumda hem Bipolar I Bozukluğu, hem de Siklotimik Bozukluk tanısı konabilir) ya da üzerine binmiş Majör Depresif Epizodlar olabilir (bu durumda hem Bipolar II Bozukluğu hem de Siklotimik Bozukluk tanısı konabilir).

D. A tanı ölçütündeki belirtiler Şizoaffektif Bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Sanrısız Bozukluk ya da BTA Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir.

E. Belirtiler bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

F. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda veya işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur

2.3. Epidemiyoloji

Bipolar bozukluk toplumlar arası farklılık göstermemekte ve ortalama olarak %2-3 civarında görülmektedir. Yaşam boyu prevalansı %0.45-5.5 arasında, 12 aylık prevalansı ise %0.37-1.3 arasında değişmektedir (Akkaya ve ark., 2012). Yazıcı'ya göre, puberte öncesi seyrek olan bipolar bozukluk, erkekte 18, kadında 20 median başlangıç yaşı göstermektedir. En sık başlama yaşı 20'lerin ortaları gibi görünmekteyse de, ilk belirtilerin ortaya çıkması en sık 15–19 yaşları arasına rastlamakta, bunu 20–24 yaşları arasındaki ikinci bir çıkış izlemektedir. Ancak ilk belirtilerin ortaya çıkması ile ilk hastaneye yatış arasında genellikle 5 – 10 yıllık bir ara bulunmaktadır (Akt. Güleç ve Köroğlu, 2007). BPB 20'li yaşlarda başlar, BPB I ve BPB II'nin başlangıç yaşları birbirine yakındır ancak BPB II'nin biraz daha geç başladığı bildirilmektedir. İlk belirtiler hastaların %20-30'unda 21 yaşından önce, %10'unda 50 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır. Olguların yaklaşık üçte birinde erken başlangıç (18 yaştan önce) görülmektedir (Eroğlu, 2010). Depresyon geçiren hastaların %5-10'u ortalama 5-10 yıl sonra genelde 30'lu yaşların başlarında ilk manik epizodu geçirirler ve bipolar bozukluk tanısı alırlar (BPB Toplantısı, 2008). Erişkin dönemde BPB tanısı olanların %30-%40 oranında ilk ataklarını ergenlik döneminde geçirdiği bilinmektedir. Lewinson ve arkadaşlarına göre, BPB tip I'in erişkinlerdeki prevalansı %1.2-%1.6 arasında ve BPB tip II görülme sıklığı erişkinlerde %4 olarak bildirilmektedir (Lewinson, 2013).

Kadınlarda ve erkeklerde BPB'un yaşam boyu yaygınlığı benzerlik gösterse de, cinsiyetin hastalığın fenomenolojisi ve seyri üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda, mani için başlangıç yaşı erkeklerde ortalama 24.4, kadınlarda 24.8 bulunmuştur (Eroğlu, 2010).

BPB tip I kadınlarla erkeklerde eşit oranlarda görülmesine karşın, BPB tip II kadınlarda daha sık görülür. BPB tip I erkeklerde daha çok bir manik dönemle, kadınlarda ise daha çok bir major depresif dönemle başladığı bildirilse de veriler kesin değildir. Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda daha sıktır (Sadock, Sadock, Ruiz, 2009).

2.4. Etyoloji

Genetik, biyolojik ve psikososyal unsurların birbiriyle etkileşimi neticesinde duygudurum bozuklukları ortaya çıkar. Hastalar dikkatli bir şekilde incelenecek olursa bilhassa hastalığın başlangıcında hem çöküntü hem de mani dönemlerinin ortaya çıkmasında psikososyal unsurların payı görülür. Fakat zamanla ve hastalık ilerledikçe duygudurum dönemleri açık psikososyal etken olmaksızın kendiliğinden ortaya çıkabilmektedir. Manide ve yineleyici çökkünlüklerde biyolojik etkenlerin daha büyük rol oynadığı kabul edilir. Aynı zamanda erken çocukluk döneminde karşılaşılan acı yaşam olaylarının salt ruhsal süreçler olarak kalmadığını, beyinde kalıcı izler bırakabildiği de unutulmamalıdır (Öztürk, 2008).

2.4.1. Genetik nedenler

Bipolar bozukluğun ortaya çıkmasında genetik unsurların rolü tek uçlu duygudurum bozukluğuna nazaran daha fazladır. Son 40-45 yıllık süre zarfında yapılan aile görüşmelerine dayalı tüm çalışmaların tekrar değerlendirildiği bir çalışmada bipolar bozukluğa sahip olanların ailelerinde aynı hastalığın görülme riski %8.7 olarak tespit edilmiştir (Smoller and Finn, 2003) ki bu oran hastalığın genel toplumda görülme oranına kıyasla 8-10 kat daha fazladır. Bipolar bozulukta yapılan ikiz çalışmalarının tamamında tek yumurta ikizlerindeki eşhastalanma oranı çift yumurta ikizlerindeki oranla yüksek bulunmuştur (ortalama %80'e %25) (Blackwood, Visscher, Muir, 2001).

Evlad edinme çalışmalarında biyolojik anne-babada hastalık oranı evlat edinen ana-babaya oranla daha yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerden birinden BPB-I varsa çocuklarında duygudurum bozukluğu ortaya çıkma oranı %50-75'tir (Akiskal and Pinto, 1999).

Bipolar bozukluk içinde bazı kromozomlar üzerindeki araştırmalar devam etmekte olup bu çalışmalardan birinde İsraili ailelerde X kromozomu (Baron, Risch, Hamburger 1987), bir Amish ailesinde ise 11. kromozom üzerindeki (Egeland, Gerhard,

Pauls, 1987) yerleşimlerle bağlantı gösterilmiş ancak bu sonuçlar hem başka ailelerde tekrarlanmamış hem de aileler genişletilerek tekrarlanan çalışmalarda önceden gösterilen bağlantılar kaybolmuştur. Yakın geçmişte yaygın görüş ise BPB'nin klasik Mendel genetik yasaları ile genetik geçiş göstermediğini, geçişinin tek bir genetik alan tarafından belirlenen dominant geçişe uymadığını, çok faktörlü bir kalıtım sebebiyle oluştuğu yönündedir (Baron ve ark., 1987).

2.4.2. Biyokimyasal nedenler

Bipolar bozukluğa sahip olan hastalarda nörotransmitterlerden öncelikli olarak noradrenalin ve serotonin etkinlik düzeyinin bozulduğu ileri sürülmüştür. Korku, öfke, bunalım gibi duyguların ortaya çıkmasında adrenalin ve noradrenalinin önemi oldukça eski dönemlerden beri bilinen bir durumdur. Barı araştırmalarda ağır çökkünlük dönemleri geçiren hastalarda, sinir dizgesi noradrenerjik işlevinin temel yıkım ürünü olan 3-metoksi 4-hidroksifenilglükol (MHPG) düzeylerinin idrarda ve BOS'ta ya çok azaldığı veya çok arttığı görülerek noradrenerjik etkinlikte artma veya azalma varsayımı ileri sürülmüştür. Noradrenalin düzeyini azaltan metildopa, propranolol ve reserpin gibi ilaçların çökkünlüğe yol açabilmesi, noradrenalinin sinaptik kavşakta artmasına yol açan amfetaminin kamçılanmaya nede olması bu varsayımı destekler niteliktedir. Mani durumlarında noradrenalinin arttığı, sağaltım için kullanılan lityumun bu hastalarda noradrenalin salınımını düşürdüğü ve geri alımını artırdığı ileri sürülmüştür. Beyin sapındaki lokus seruloustaki noradrenerjik nöronlar uzantılarını beyin korteksi, limbik dizge, bazal ganglionlar, hipotalamus ve talamusa gönderirler. Hipokampus'e uzanan noradrenerjik nöronların zorlanmalara karşı duyarlılığın düzenlenmesinde ve lokus seruloustun süregelen uyarılması ile öğrenilmiş çaresizlik duygusunun ortaya çıkmasında rol oynadığı düşünülmektedir (Andreasen and Black, 2006). Bazı başka araştırmacılar da kimi hastalarda serotoninin beyindeki ana yıkım ürünü olan 5-hidroksi-indol-asetik asid (5-OH-IAA) düzeylerinin BOS'ta düşük bulunmasından dolayı çökkünlüklerde serotonerjik etkinlikte bir azalma olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Artık sağaltımda yaygın olarak kullanılan serotonin geri alım önleyicileriyle başarılı sonuçlar alınması dikkati daha çok serotonin üzerinde tutmaktadır (Andreasen and Black, 2006).

Beyindeki serotonerjik nöronlar uzantılarının beyin sapındaki arka rafe çekirdeklerinden korteks, hipotalamus, talamus, bazal ganglionlar, septum pellucidum ve hipokampusu gönderirler. Serotonin uyku-uyanıklık, yeme isteği, adrenalin ve dopaminle birlikte amaçlı devinim işlevlerinde, saldırgan davranışların kısıtlanmasında etkin rol alırlar. Son dönemlerde bilhassa BPB ile ilgili olarak nörotransmitterler ve hücre içi ileti süreçleri hücre plastikliği açısından araştırılmaktadır. Duygudurum bozukluklarında sinir hücresinin plastikliğinde ve hücresel dayanıklılıktaki değişikliklerin rolüyle ilgili farklı çalışmalardan güçlü deliller elde edilmiş olup bunlar aşağıdaki gibi özetlenebilir (Öztürk, 2008):

- Zorlanma, hipokampal hücrelerde atrofiye neden olmaktadır ki bu durumun uzun süreli olması halinde hücre ölümü görülmektedir
- Zorlanma hipokampal nörogenezisi önlemektedir
- Çökkünlüklerde glial hücre sayısında azalma ve beyin görüntüleme çalışmalarında gösterilen bölgelerde hücre sayısında ve büyüklüğünde azalma meydana gelmektedir
- Çökkünlüğü olan hastaların yapısal beyin görüntüleme incelemelerinde beyin hacminde azalma gösterilmiştir
- Antidepresanlar hipokampal nörogenezisi artırmaktadır
- Antidepresanlar zorlanmaya bağlı oluşan hipokampal atrofiyi engelleyebilir
- Lityum ve valproat hücre koruyucu protein Bcl-2'nin açılımını artırmaktadır
- Lityum ve valproat BPB'da birçok nörotransmitter ve ileti sürecinin merkezinde rol alan GSK-3b'yi (glycogen synthase kinase) önlemekte ve B20 katenin düzeyini arttırmaktadırlar
- Lityumun farklı etkilere karşı hücre koruyucu (nöroprotektif) etkisi bulunmaktadır
- Valproat ERK-MAP (mitogen activated protein)-kinaz yolağını etkinleştirmekte ve nörit büyümesini desteklemektedir
- Lityum beyinde, bir sinir hücresi yaşam belirtisi olan N-asetilaspartat düzeyini artırmaktadır
- Lityum beyinde gri cevher miktarını artırmaktadır.

2.4.3. Nöroendokrin etmenler

Hipertiroidide duygulanım kamçılanması, hipotiroidide çökkünlük durumlarının sık görülmesi, kadınlarda adet döneminden önce aşırı duyarlılığın oluşu, doğum sonrası dönemde önemli ruhsal bozuklukların ortaya çıkabilmesi gibi sebeplerden ötürü nöroendokrin dizge uzun süredir ruhsal bozuklukların etyolojisinde önemli inceleme alanları arasında yer almıştır. Aynı zamanda ruhsal çökkünlüklerde deksametazon verildiğinde beklenen kortizol baskılanmasının olmaması, TRH uygulandığında TSH yanıtında küntleşme tespit edilmesi, insüline büyüme hormonu yanıtında azalma gibi farklı endokrin dizgeleri uyarak yapılan testlerde beklenen yanıtların alınmaması da bu konuya olan ilginin artmasını sağlamıştır. BPB etyolojisinde sık görülen düzensizlik tiroid, adrenal ve büyüme hormonu eksenindedir. Fakat günümüzde, hormonal sistemlerdeki düzensizliğin genellikle beyindeki bir işlev bozukluğunu yansıtır olabileceği görüşü kabul edilmektedir (Arora and Daughton, 2007).

2.5. Bipolar Bozuklukta Klinik Özellikler

DSM IV’de duygudurum bozuklukları arasında yer alan bipolar bozukluğun mani döneminde hasta canlı, oldukça hareketli ve aşırı güvenlidir. Kendini iyi hissettiği için doktora gelmesi gerektiğini kabul etmez. Hem hekime hem de kendisini hekime getirenlere karşı öfkeli. Konuşması yüksek sesli, hızlı ve artmıştır. Düşüncedeki aşırı üretime uygun olarak konuşma oldukça hızlı olur ve daldan dala atlar. Duygulanımda coşku, aşırı neşe, çoğunlukla öfke hakim olup buna “coşkulu duygudurum (elevated mood)” adı verilir. Hastanın neşesi çevresindeki insanlara da tesir eder. fakat yalnızca neşenin hakim olduğu tipik bir durum değildir. Duygudurumda oynamalar oldukça sık görülür. Bilinç açık, yönelim ve bellek sağlamdır. Başlangıçta dikkat, algı ve bellek artması olursa da giderek dikkatini odaklaması güçleşir. Psikotik manide varsanılar (halusinasyon) görülebilir. Hastada düşünce süreci, yani çağrışımlar hızlanmıştır. Sürekli konuşur, konudan konuya atlar. Belirli bir konu üzerinde duramaz. Fikirler hızla birbirini izler (fikir uçuşması) (Öztürk, 2008; Sayıl, 2000).

Düşüncenin içeriği çoğunlukla benlik kabarmasını yansıtır. Hastanın kendisine olan güven duygusu artmış olup herkesten üstün niteliklere sahip olduğuna inanır. Bu şekildeki büyüklük düşünceleri giderek büyüklük sanrılarına dönüşür. Manik dönemdeki hastaların %50'sinde psikotik belirtiler görülmekte olup psikotik belirtileri olan hastaların yaklaşık %67'sinde bu belirtiler duygudurum ile uyumlu iken geri kalanında duygudurum ile uyumlu olmayan sanrılar görülebilir. Manide görülen duygudurumla uyumlu olmayan sanrılar genelde paranoid türdedir (Öztürk, 2008).

Psikomotor aktivitede artış bariz olup hasta sürekli olarak hareket halindedir, uyku gereksinimi azdır. Hasta sürekli olarak bir şeyler yapmaya çalışır (Sayıl, 2000).

Depresyondaki hastalarda genel itibariyle yüz çizgileri belirgin olup omuzlar çöküktür, yüzünde de üzüntülü bir ifade söz konusudur. Konuşma alçak sesli ve yavaştır. Duygudurum çoğunlukla umutsuzluk, çökkünlük ve çaresizlik olarak tanımlanır. Yönelim bozukluğu bulunmaz. Hastaların çoğu unutkanlıktan yakındır. Düşüncelerini bir konu üzerinde yoğunlaştırma ya da karar verme yetilerinin bozulduğunu söylerler. Psikomotor değişiklikler arasında retardasyon veya ajitasyon vardır. Enerjide azalma olması, yorgunluk ve bitkinlik sık görülür. Hastaların yaklaşık %65'inde intihar düşünceleri vardır ve yaklaşık %15'i intihar girişiminde bulunur (Benazzi, 2007). Genellikle duygudurumla uyumlu sanrılar görülebilir.

Karma epizodda mani ve depresyon belirtileri bir arada görülür. Semptomlar arasında sıklıkla ajitasyon, uykusuzluk, iştahsızlık, psikotik özellikler intihar düşünceleri vardır (Dell'Osso,1993).

2.6. Bipolar Bozuklukta Komorbidite

Komorbidite bir hastada iki farklı hastalığın bulunması durumudur. Bipolar bozuklukta eksen 1 ve eksen 2 komorbiditesi sıklıkla görülmektedir (Krishnan, 2005). Bipolar Tip-I hastalarında, yaşam boyu psikiyatrik komorbidite oranı %50-70 arasında değişmektedir. Oranlar arasındaki bu fark çalışılan popülasyonların farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

288 hasta üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada hastaların %65'inde en az bir, %42'sinde 2 ya da daha fazla, %24'ünde ise 3 ya da daha fazla eksen 1 komorbiditesi için DSM-IV kriterlerini karşıladığı gözlenmiştir (Mcelroy et al., 2001). Eksen 1 komorbiditesi afektif belirtilerin daha erken yaşta ortaya çıkması, hızlı döngülülük, döngülerin şiddetinin giderek artmasıyla ilişkili bulunmuştur (Mcelroy et al., 2001). Komorbidite ayrıca kötü prognoz, daha yüksek intihar riski, depresyon başlangıcı riski ve daha düşük lityum cevabıyla ilişkili bulunmuştur (Krishnan, 2005).

ECA (Epidemiological Catchment Area) çalışmasında hastaların %46'sında alkol kötüye kullanımı yahut bağımlılığı, %41'inde madde kullanımı, %2'sinde panik bozukluğu ve %21'inde obsesif kompulsif bozukluk olduğu bildirilmiştir.

2.7. Anksiyete

Anksiyete milattan önceki yıllara kadar uzanmakta olan bir sağlık sorunudur. 18. yüzyılda anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtileri ayrı ayrı ele alınırken zamanla fiziksel ve ruhsal belirtilerin aynı bozukluğun parçaları olduğu görülmüştür. Freud bu belirtileri bir araya getirerek “anksiyete nevrozu”nu tanımlamış ve organik orijine sahip olduğunu savunmuştur. Krapelin ise bunu “korku nevrozu” olarak ifade etmiş ve anksiyetenin fizik, otonomik ve davranışsal görünümünden söz etmiştir (Ay, 2011).

Anksiyete iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi hayatı tehdit eden yahut tehdit olarak algılanan endişe ve korku duygusudur (Işık ve Taner, 2006). Korkuya benzeyen bir duygu olmakla beraber kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi bireyde sıkıntı, endişe duygusu olarak algılanır ve tanımlanır ki bu algının şiddeti farklı yoğunluklarda olabilir. Ağır düzeyde olan hastalar bu sıkıntının giderilmesinde her şeye razı olduklarını anlatırlar (Öztürk, 2008).

Anksiyete bozukluğunda bireyde ortaya çıkan korku, kaygı gibi durumlara davranışsal ve bedensel tepkiler de eklenmektedir. Kişi, anksiyete duygusuyla birlikte olaylar karşısında orantısız tepkiler vermektedir. Kişinin kendine olan güven yetersizliği, kendisini yeteneksiz birisi olarak algılaması ve bunun gibi negatif düşüncelerin ortaya çıkması olaylar karşısında daha orantısız tepkiler vermesini artırmaktadır (Zeytin, 2012).

Anksiyete birbiriyle uyumlu bir şekilde çalışan birçok sistemi etkilemektedir. Bu sebepten ötürü de organizma gerekli işlemleri yapamaz hale gelmektedir (Esel, 2003).

Anksiyete yaşantısının korku ya da endişe olmak üzere iki bileşeni söz konusudur. Anksiyete neticesinde kişinin motor aktiviteler ve organları üzerinde etkiler görülür. Aynı zamanda düşünme, algı ve öğrenme üzerinde de etkilere sahiptir. Dikkat dağınıklığı, unutma, olaylar arasında bağlantılar kurma yetisinde bozulmalar ortaya çıkabilir (Ay, 2011).

Anksiyete bireyi çevresindeki değişikliklere hazırlar ve beraberinde bir psikiyatrik bozukluğa genellikle eşlik eder. Anksiyete her insanda bir miktar var olan bir durumdur. Organizmanın biyolojik koruma sisteminin bir parçası olarak kaçma veya olayla savaşıma sağlamak için gereklidir. Fakat ortada herhangi bir tehlike yokken ortaya çıkıyor ve uzun sürüyorsa patolojik anksiyeteden söz edilir (Gürbüz, 2010). Böyle bir durumda ise kişinin mesleki ve aile yaşantısını etkilemeye başlar, kişilerarası ilişkilerde bozulmalara neden olur, gün içerisinde sık sık tekrarlamaların olması sebebiyle de kişi bununla baş edemez hale gelir. Aynı zamanda huzursuzluk, gerginlik, sıkıntı gibi belirtilerin yanında baş ağrısı, kulak çınlaması, çarpıntı, yorgunluk gibi psikosomatik reaksiyonlarda görülebilmektedir (Bal, 2010).

Anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerde genel bir huzursuzluk, gergin duruş, çabuk sinirlenme, yerinde duramama gibi davranışlar söz konusudur. Hastaların sesinde heyecanlı bir titreklik mevcuttur. Düşünce içeriğinde ise bariz bir bozukluk söz konusu olmayıp düşünce içerisinde tasalar fazladır (Öztürk, 2008).

Anksiyete bozuklukları alt kategorilere ayrılarak sınıflandırılmışlar. DSM IV-TR'ye göre ise anksiyete bozuklukları; panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, özgül fobi, sosyal fobi, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğudur. Yapılan çalışmalar, anksiyete ile Bipolar bozukluk arasında ilişkiyi ortaya koymuştur (Altındağ ve ark., 2006; Keller, 2006).

2.7.1. Epidemiyoloji

Anksiyete bozuklukları toplumda oldukça sık görülen bir sağlık sorunudur. 10-25 yaş arası en riskli dönemdir. Kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir (Ay, 2011).

Anksiyete bozukluğunun genel nüfustaki yaşam boyu yaygınlık oranı %3-6 olarak bildirilmektedir (Öztürk, 2008). ABD'de ulusal temsili örnekleme oluşturan 8098 erişkin üzerinde yapılmış olan Ulusal Eşanı Çalışması'na (National Comorbidity Survey) göre Amerikan toplumunda 4 erişkinden birinde bir anksiyete bozukluğu bulunmaktadır. 1997 yılında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'na göre ülkemizde anksiyete bozuklukları sıklıkları şu şekilde saptanmıştır: özgül fobi 2.7; sosyal fobi: %1.8; yaygın anksiyete bozukluğu % 0.7; Agorafobi % 0.6; Obsesif kompulsif bozukluk %0.5; Panik bozukluğu %0.4. Anksiyete bozuklukları önemli derecede yeti yitimine neden olmaktadır. Ayrıca bilişsel fonksiyonlar üzerine etkilerine dair çalışmalar vardır. Ancak bu çalışmalar daha çok OKB hastalarından toplanan verilere dayanmaktadır (Cömert, 2004).

2.7.2. Etyoloji

Konuyla ilgili olarak yapılan çalışmalarda genetik unsurların anksiyete açısından önemli olduğu bildirilmektedir. Panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, alkolizm, otizm ve yeme bozuklukları anksiyete bozukluklarında çevresel faktörlerle bağlantılı genetik yatkınlık olduğu düşünülmektedir (Bal, 2010).

2.7.3. Sınıflama

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve İstatistik kitabının Türkçe çevirisinde (DSM-IV TR) Kategorik Anksiyete Bozuklukları olarak yer alan sınıflamada “Panik Bozukluk (PB)”, “Agorofobi”, “Özgül Fobi”, “Sosyal Fobi”, “Yaygın Anksiyete”, “Aşırı Anksiyete Duyma Bozukluğu”, “Ayrılma Anksiyetesi”, “Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB)”, “Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)” ve “Antisosyal Bozukluk” yer almaktadır. DSM-IV-TR’de tanımlanan şekli ile anksiyete bozukluklarının ana özellikleri Tablo 2.1’de yer almaktadır (Sadock ve Sadock, 2007).

Tablo 2.1. Anksiyete bozukluklarının alt tipleri (Sadock ve Sadock, 2007)

1	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	
2	Panik Bozukluk	Agorofobi ile birlikte
		Agorofobi ile birlikte olmayan
3	Özgül Fobi	
4	Sosyal Fobi	
5	Obsesif-Kompulsif Bozukluk	
6	Travma Sonrası Stres Bozukluğu	
7	Akut Stres Bozukluğu	
8	Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu	
9	Madde Kullanımına Bağlı Anksiyete Bozukluğu	
10	Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu	

2.7.3.1. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB)

Süreğen bir bozukluk olan yaygın anksiyete bozukluğunun (YAB) temel özelliği, bazı olaylar ve faaliyetlerle ilişkili olarak hemen her gün görülen aşırı anksiyete, korku ve gergin bir bekleme olmasıdır. Bireyin denetleyemediği bu duruma aynı zamanda huzursuzluk, heyecan, kolay yorulma, dikkatini toparlayamama, kasların gerginliği, uyku bozukluğu gibi bazı belirtiler de eklenmiştir (Arkonaç, 1999).

YAB, çoğunlukla gözden kaçan ve dolayısıyla da yeteri kadar tanınmayan bir ruhsal bozukluktur. Yalnızca endişeli olmaktan ibaret olmayıp anksiyetenin her zaman hissedilmesi durumudur (Dilbaz, 2005). Çok sayıda olay yahut etkinlik hakkında aşırı sıkıntı, kaygı ve endişenin yaşandığı, kişinin kaygısını kontrol etmekte zorluk çektiği ve yaşanan kaygı ve endişeden dolayı kişinin işlevselliğinin büyük ölçüde bozulduğu bir anksiyete bozukluğu türüdür (Işık ve Işık, 2006).

Bu anksiyete bozukluğu türünün temel belirtisi kaygıdır. Kaygı, diğer anksiyete ve depresif bozukluklarda da görülen bir semptom olmasına karşın YAB’de tanımlayıcı özelliştir. Kaygı, sağlıklı insanlara nazaran daha yoğun, uzun dönemli, kontrol edilemez şekilde yaşanır (Algulander and Bandelow, 2003). Yaşanan bu kaygıyı patolojik kılan şey kaygının içeriğinden ziyade aşırı ve kontrol edilemez olarak algılanmasıdır (Barlow and Wincze, 1998). Aynı zamanda YAB hastalarının büyük kısmı küçük sorunlarda bile diğer anksiyete bozukluklarından daha fazla oranlarda aşırı kaygı yaşadıklarını bildirmişlerdir (Sanderson and Barlow, 1990).

DSM-IV TR’deki haliyle bozukluğun temel özelliği, denetlenemez bir endişe ve kuruntulu beklenti halidir ki bu durum diğer anksiyete bozukluklarındaki beklenti anksiyetesinden nitelik açısından farklıdır (Sürmeli, 1997). YAB olan hastalar genellikle küçük şeylere üzülen, sürekli bir korku içinde olan ve olabileceğin en kötüsünün başlarına gelebileceğini bekleyen, sürekli kaygı içerisinde olan kişilerdir (Koroğlu, 2004). Bu bozukluk kısıtlayıcı ve kronik bir bozukluktur (Ormel ve ark., 1994; Wittchen ve ark., 2000).

2.7.3.2. Panik bozukluk

Panik bozukluk, yineleyici ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan panik ataklar ve bu panik atakları takip eden çeşitli belirtiler ile karakterize bir anksiyete bozukluğu türüdür. Panik atakları tipik bir şekilde aniden başlar ve 10 dakika içerisinde pik yapacak şekilde giderek şiddetlenir. Ataklar yaklaşık olarak 15-20 dakika sürer. Panik bozukluk, adını Yunan mitolojisinde bir tanrı olan, mağarada yaşayan ve aniden ortaya çıkıp insanları korkutan “Pan”dan almaktadır. Aniden gelen ölüm korkusu, öleceği, aklını kaybedeceği, felç olacağı ya da kalp krizi geçireceği gibi düşüncelerle birlikte fiziksel belirtiler vardır (Roy-Byrne and Geraci, 1986).

İnsanların yaklaşık %10’nu hayatlarında en az bir kez panik atak yaşamaktadırlar. Panik bozukluğu (agorafobili yahut agorafobisiz) hayat boyu sıklığı toplum örneklemelerinde %3.5 gibi yüksek oranlarda bildirilmişse de çok sayıda çalışmada bu oran %1-2 arasında değişen oranlarda bulunmuştur. ABD’de yapılan ECA çalışmasında DSM-III tanı kriterine göre panik bozukluğun yaşam boyu prevalansı %1.7, NCS (National Comorbidity Survey) çalışmasında DSM-III R tanı kriterlerine göre ise %3.5 olarak tespit edilmiştir (Kessler ve ark., 1994). Ülkemizde ise İstanbul Avcılar’da 413 kişi üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada panik bozukluk prevalansı %1.2 olarak bulunmuştur (Altınöz, 1992). Konuyla ilgili olarak 1995’te Sivas ilinde gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise %4.3 gibi oldukça yüksek bir oran saptanmıştır (Doğan ve ark., 1995). Hastalık genel olarak geç ergenlikte ve erken erişkinlik döneminde başlamaktadır. Hastaların yarısına yakını 24 yaşından önce rahatsızlığa yakalanmakta olup yaş ilerledikçe sıklığı azalmakta ve 65 yaş üzerinde ender olarak görülmektedir. Kadınlarda erkeklere oranla 2.5 kat daha fazladır. Panik bozukluğu olanların birinci derece yakın akrabalarında panik bozukluğun yaşam boyu sıklığı %10-20 olarak bildirilmektedir. Başlangıç yaşı bilhassa kadınlarda erken başlangıçlı (15-34) ve geç başlangıçlı (45-54) olarak bimodal dağılım göstermektedir. Dul, bekar ve ayrı yaşayanlarda, kırsal kesimlerde yaşayanlara oranla 1.5 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Weissman and Bland, 1998).

2.7.3.3. Obsesif kompulsif bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk, temel özelliği obsesyonel düşünceler ya da kompulsif eylemler olan bir ruhsal bozukluktur. Obsesyon ve/veya kompulsiyonların bir bozukluk kabul edilebilmesi için bireyde belirgin sıkıntıya yol açması, ciddi zaman kaybına neden olması veya kişinin olağan günlük işlerini, toplumsal etkinliğini, mesleki işlevselliğini ciddi oranda bozması gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1996).

Obsesyonlar, istenmeden gelen, uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin sıkıntıya yol açan, yineleyici düşünce, dürtü veya düşmeler olup kişinin benliğine yabancıdır ve dolayısıyla da kişinin denetiminde değildir. Kompulsiyonlar, yineleyici davranışlar yahut zihinsel eylemlerdir. Amacı sıkıntıdan korunmak veya bunları azaltmak olup, haz almak yahut doyum sağlamak değildir. Kompulsiyonlar etkisizleştirilmesi veya korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi biçimde bağlantılı değildir veya bariz şekilde çok aşırı düzeydedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1996).

En fazla karşılaşılan obsesyonlar bulaşma (%37-60), kuşku (%33-42), simetri (%31-43), bedensel (%5-49), saldırganlık (%11-41), cinsel (%3-48), dinsel (%10-60); en sık görülen kompulsiyonlar ise kontrol etme (%50-63), yıkama/temizleme (%45-63), sorma anlatma veya dua etme (%31-55), simetri-düzen (%13-47), soyma (%8-47), biriktirme (%1-18)'dir (Rasmussen and Eisen, 1992; Okasha et al., 1994; Yuang and Liu, 2001; Fontanelle et al., 2003). Olguların büyük bölümünde birden fazla obsesyon (%33-60) ya da birden fazla kompulsiyon (%33-48) bulunmaktadır (Rasmussen and Eisen, 1992; Yuang and Liu, 2001). Klinik görünümde vakaların yaklaşık %75'inde obsesyon ve kompulsiyonlar bir aradadır. Fakat yalnızca obsesyonlar (%9-29) yahut sadece kompulsiyonlar (%11-31) ile seyreden klinik tablolar da bulunmaktadır (Yuang and Liu, 2001).

2.7.3.4 Özgül fobi

Bir tehdit yahut tehlike karşısında yaşanan endişe duygusu korku olarak tanımlanmaktadır. Korku normal bir duygu olup organizmanın tehlikeli durumdan korunmasını sağlayacak tedbirleri almasını sağlar. Tehdide yol açan durumlar karşısında duyulan korkunun aşırı olması “fobi” olarak adlandırılır. Özgül fobi ise sosyal fobi ve agorafobi için tanımlananlar dışında kalan nesne yahut durumlardan, mantıksız olmasına karşın aşırı ve sürekli korku duyma halidir (Cansever, 2007).

Hayat boyu görülme sıklığı yaklaşık %11’dir. Hayvan ve yükseklik korkusu en fazla görülen özgül fobi alt tipleridir. Kadınlarda erkeklere nazaran iki kat daha fazla görülmekle beraber cinsiyet farklılığı özgül fobinin her alt tipi için geçerli değildir. En fazla 25-44 yaş aralığında görülmekte olup bu grubun %7.9-8.8’ini etkilemektedir. 18-24 yaş arasında %6.5, 55 yaş üzerinde ise %5.2 oranında görülmektedir (Cansever, 2007).

2.7.3.5. Sosyal anksiyete bozukluğu

Sosyal anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi genel itibariyle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Sosyal fobi kaygı bozuklukları arasında yer almakta olup 1994’te yayımlanan DSM-IV ile sosyal anksiyete bozukluğu adını almıştır. Belirli toplumsal durumlarda küçük düşme korkusunun yol açtığı psikolojik, somatik ve davranışsal belirtilerin eşlik ettiği, işlevsellikte ciddi kayıplara yol açan bir anksiyete bozukluğudur (Dilbaz, 1997).

Sosyal fobinin epidemiyolojisiyle ilgili en kapsamlı veriler Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından yapılan ECA çalışması sonucunda elde edilmiş olup buna göre Tanısal Görüşme Çizelgesi ile yapılan taramada 6 ayrı bölgede; Baltimore, St. Luis, Durham, Los Angeles, Edmonton Kanada ve Christchurch Yeni Zelanda’da sırasıyla yaşam boyu prevalans %3.1, %1.9, %3.2, %1.8, %1.7 ve %3.0 olarak tespit edilmiştir (Regier ve ark., 1984).

ABD’de 1994’de sonuçları yayınlanan ulusal komorbidite araştırmasına göre ise sosyal anksiyete bozukluğunun yaşam boyu prevalans hızı %13.3 olarak tespit edilmiştir (Kessler ve ark., 1994). Konuyla ilgili olarak gerçekleştirilen çok sayıda çalışmanın sonuçlarının da bu sonuçlara yakın olması sonucunda majör depresif hastalık ve alkol ile ilintili hastalıklardan sonra sosyal anksiyete bozukluğunun en fazla karşılaşılan ruhsal hastalık olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Wacker ve ark., 1992; Stein ve ark., 1994). Sosyal anksiyete bozukluğunun ortalama başlangıç yaşı 13-24 arasında değişmektedir. 25 yaştan sonra başlaması çok nadirdir. Başvurma yaşı ise genellikle hastalığın başlangıcından 15-25 yıl sonra 30 yaşları civarında olmaktadır (Schneier ve ark., 1992; Davidson ve ark., 1993).

2.7.3.6. Travma sonrası stres bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), bireyin aşırı bir travmatik stres unsuru ile karşılaşmasından, yaşamasından yahut duymasından sonra ortaya çıkan bir bozukluktur. Kişi bu yaşantı karşısında korku ve çaresizlikle tepki verir. Tanı koyabilmek için belirtilerin 1 aydan uzun süre devam etmesi gerekir ve aile, iş gibi bireyin hayatında önemli olan alanlar belirgin bir şekilde etkilenmelidir (Davidson, 1995). Travmatik olayı tekrar tekrar yaşama, geçirilen travmayı çağrıştıran olay, yer ve etkinliklerden uzak durma, duygusal tepkilerin kısıtlı kalması ve aşırı otonomik uyarılma belirtileri ile kendini gösterir (Öztürkçügil ve Çorapçioğlu, 2000). Yaşanan travmatik olaylar arasında; askeri çatışma, kişisel saldırıya uğrama (cinsel saldırı, fiziksel saldırı), kaçırılma, doğal ya da insanların nede olduğu felaketler, ağır trafik kazaları, yaşamı tehdit eden hastalık tanısı alma sayılabilir (Davidson, 1995).

TSSB’nun yaşam boyu yaygınlığı toplumun %8’i olarak tahmin edilmektedir. Bununla birlikte % 5-15 subklinik formların yaşanabildiği ifade edilmiştir (Davidson, 1995). Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Komorbidite Çalışması’na katılanların % 56’sı yaşamları boyunca en az bir travmatik olayla karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada TSSB’nun yaşamın herhangi bir dönemindeki yaygınlığı % 7.8 ve son bir aydaki yaygınlığı %2.3 olarak saptanmıştır (Kessler ve ark., 1995).

2.8. Bipolar Bozukluk ve Anksiyete

Major depresyon ile anksiyete bozuklukları arasında klinik ve fenomenolojik açıdan bariz bir ilişki olduğu uzun yıllardan beri bilinen bir gerçektir. Duygudurum bozuklukları arasında yer alan bipolar bozukluk ile anksiyete bozukluklarının birlikteliğinin klinik özellikleri, epidemiyolojisi ve tedavisi üzerinde ise çok yoğun çalışmalar yapılmamıştır. Bu konuyla ilgili olarak yürütülen öncü çalışmalardan birisi ABD’de gerçekleştirilen ECA (Epidemiologic Catchment Area) çalışmasıdır. Bu çalışmada panik bozukluğu ek tanısının bipolar bozukluğu olan hastalarda, unipolar bozukluğu olan hastalara nazaran daha yüksek oranlara sahip olduğu bildirilmiştir (ECA, 2002). Takip eden yıllarda, bipolar bozukluk ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmaların sayısı artmış olup bu çalışmalardan elde edilen önemli sonuçlar; bu iki hastalık grubu arasındaki birlikteliğin oldukça yaygın olduğu ve anksiyete bozukluğu görülme sıklığının, genel topluma göre bipolar bozukluğa sahip olan hastalarda daha yüksek oranda bulunduğudır. Ayrıca bu birlikteliğin tanınmasının, hastalara doğru tanı konmasında ve uygun tedavi yaklaşımlarının belirlenmesinde çok büyük katkısı vardır. Bu birlikteliğin saptanamaması halinde ise hastalık belirtilerinin kişilik patolojisi olarak yorumlanabileceği, karma dönemlerin tanınmasında güçlük çekileceği ve tedaviye yanıtızlığa neden olabileceğine dikkat çekilmiştir (Tamam, 2007).

Ulusal komorbidite çalışmasında bipolar bozukluk ve anksiyete bozukluğu birlikteliği % 92.9 olarak bulunmuştur. Genel populasyonda bu oran % 24.9’dur. Macaristan’da gerçekleştirilen bir çalışmada ise bipolar bozukluk, artmış yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk ve özgül fobi riskiyle ilişkili bulunmuştur. Unipolar depresyonla anksiyete bozukluğu birlikteliği çok fazla gündeme gelmiş olsa da, bazı çalışmalar bipolar bozukluktaki anksiyete bozukluğu komorbiditesinin unipolar depresyona göre daha fazla olduğunu öne sürmüşlerdir (Freeman ve ark., 2002).

ECA çalışmasında bipolar bozuklukta panik bozukluk komorbiditesi %21 iken bu oran unipolar depresyon için %10, genel populasyon için ise %0.8 olarak bulunmuştur. Yani bipolar bozukluktaki anksiyete bozukluğu komorbiditesi riski

unipolar depresyona göre 1.8 kat daha fazladır. Ulusal Komorbidite Çalışması'nda panik bozukluk komorbiditesi %33 olarak bulunurken, genel popülasyonda bu oranın %3.5 olduğu bildirilmiştir (Kessler ve ark., 1997). McElroy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %20'sinde panik bozukluk komorbiditesi olduğu gözlenmiştir (McElroy, 2001).

Hızlı döngülü bipolar bozuklukta panik bozukluk komorbiditesinin daha yüksek olduğu öne sürülmektedir. Karma epizoda ve hızlı döngülü bipolar bozuklukta panik bozukluk komorbiditesinin yüksek oluşuna dayanarak aktif panik atakların depresif belirtilerle ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (Freeman ve ark., 2002).

Panik bozuklukta bipolar bozukluk komorbiditesinin de yüksek olduğu iddia edilmektedir. Bowen ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %23'ü bipolar bozukluk tanısı da almıştır (Bowen ve ark., 1995). Başka çalışmalarda bu oran %5 ile %13.5 arasında değişmektedir. Bipolar bozukluklu bireylerin birinci derece akrabalarında da panik bozukluk görülme sıklığı yüksektir. Bu birlikteliğin 18. Kromozomla bağlantılı olabileceği öne sürülmektedir (Freeman ve ark., 2002).

Bipolar bozuklukla obsesif kompulsif bozukluk (OKB) birlikteliği de oldukça sık görülen bir durumdur. Ancak major depresyon ve OKB birlikteliğinin aksine, bu konuyla ilgili çalışmalar sınırlıdır. Kruger ve arkadaşlarının 149 hastayla yaptıkları bir çalışmada bipolar hastaların %35'inde OKB komorbiditesi tespit edilmiştir (Krüger ve ark., 1995). Unipolar depresyon ve bipolar bozuklukta oranlar benzerdir. ECA çalışmasında bu oran %21'dir (ECA, 2002). Perugi ve arkadaşlarının OKB hastalarında yaptıkları çalışmada bu oran %15 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada OKB hastalarındaki major depresyon komorbiditesi daha yüksektir (Perugi ve ark., 1997).

Ulusal komorbidite çalışmasında bipolar bozukluk hastalarının %47'sinde sosyal fobi gözlenirken, genel popülasyondaki oran %13 olarak bulunmuştur. 288 hastayla yapılan bir başka çalışmada bu oran %16'dır. Aynı şekilde sosyal fobi hastalarında bipolar komorbiditesi de yüksek bulunmuştur. Sosyal fobi hastalarının tedaviye cevabının değerlendirildiği bir çalışmada, antidepresan tedavi verilen 18 hastadan

14'ünde hipomanik belirtiler ortaya çıkmıştır (Himmelhoch, 1998). Macaristan da yapılan bir çalışmada ise bipolar bozuklukta sosyal fobi komorbiditesi %7.8 iken, unipolar depresyonda bu oran %17.6 olarak bulunmuştur.

Hem epidemiyolojik hem de klinik çalışmalarda, BPB ve YAB yaşam boyu birliktelik oranının %3-43 arasında değiştiği bildirilmiştir. Boylan ve ark. (2004) YAB'nin %31.2 oranı ile BPB olan hastalarda yaşam boyu en sık görülen anksiyete bozukluğu olduğunu belirlemişlerdir. Aynı çalışmada YAB'nin diğer anksiyete bozukluklarından daha fazla işlev bozukluğuna ve ağır belirtilere yol açtığı gözlenmiş, ancak özgül olarak YAB'nin BPB sürecine olan etkisini araştıran bir çalışmanın yapılmamış olduğuna da dikkat çekilmiştir. BPB ile anksiyete bozuklukları arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı kabul edilmekle birlikte, genetik, epidemiyolojik ve fenomenolojik çalışmalar, YAB ile unipolar depresyon arasındaki ilişkinin başta BPB olmak üzere diğer bozukluklarla olan ilişkisinden daha belirgin olduğunu desteklemektedir (Tamam, 2007).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Mart–Ağustos 2014 tarihleri arasında Özel NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi'nde DSM-IV kriterlerine göre Bipolar Bozukluk tanısı almış yatarak tedavi görmekte olan hastalar arasından örneklem kriterlerine uyan 50 hasta çalışmaya alındı. Görüşmelerin tümünü araştırmacı yaptı. Hastalar çalışmaya alınmadan önce, çalışma hakkında bilgilendirildi ve rızaları alındı.

Dahil Olma Kriterleri

1. DSM-IV tanı ölçütlerine göre herhangi bir bipolar bozukluk türünden tanısı almış olması
2. Hastaların görüşmeyi tamamlayacak kadar iyilik haline sahip olmaları
3. 18-65 yaş arası olmak
4. Okuryazar olmak

Dışlama Kriterleri

1. 18 Yaş Altı, 65 Yaş Üstü Olmak
2. Görüşmeyi engelleyecek düzeyde eğitim ve dil probleminin varlığı
3. Deliryum, demans ve organik mental bozuklukların varlığı

3.2. Yöntem

Çalışmaya, Özel NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi'nde, DSM-IV tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluğu tanısı almış ve tedavi gören hastalardan çalışma ölçütlerine uyan ve gönüllü olan hastalar alınmıştır. Hastalar çalışmaya sırayla alındı. Çalışmaya alınan hastalara araştırmacı tarafından geliştirilmiş sosyodemografik veri formu doldurularak hasta görüşmesine başlandı. Hastaların izlem ve yatış dosyaları incelendi. DSM-IV uyumlu SCID-I Psikiyatrik görüşme formu kullanılarak anksiyete bozuklukları komorbiditesi belirlendi.

Depresyon, mani ve anksiyete değerlendirmesi için Beck Depresyon Envanteri, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği uygulandı.

Bipolar bozukluk hastalarından oluşan grup, sosyodemografik, depresyon, mani dönemleri, anksiyete düzeyleri ve anksiyete komorbidite sıklığı ve ilişkisi yönünden karşılaştırıldı. Elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirildi.

3.3. Gereçler

Sosyodemografik Veri Formu: Bu form, literatür bilgileri göz önüne alınarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Araştırmacı tarafından, katılımcılarla yüz yüze görüşülerek doldurulan form, yaş, medeni durum, cinsiyet, eğitim, aylık gelir, yaşadığı şehir, daha önceden hastane yatışının olup olmadığı ve geçirdiğı nöbet sayısı gibi sosyodemografik bilgileri içermektedir.

SCID-I Klinik Versiyon: 1997 yılında DSM III-R tanı ölçütlerine uyarlanan testin DSM IV tanı ölçütlerine göre yeniden gözden geçirilmesi ile Amerikan Psikiyatri Birliğince oluşturulmuştur. SCID-I klinik versiyon, First, Spitzer, Gibbon ve Williams tarafından geliştirilmiş ve altı modülden oluşmaktadır, toplam 38 DSM-IV I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Tanı ölçütlerinin varlığı eşik şiddetini geçmesine göre belirlenir. Ciddi psikiyatrik bozukluklar için güvenilirliği yüksektir. Klinik çalışmalarda tanıyı doğrulamak için standart görüşme olarak kullanılmaktadır. Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. (Aydemir ve Köroğlu, 2012)

Young Mani Ölçeği: Young RC ve ark. tarafından geliştirilmiş manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmıştır. Toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin yedisi beşli likert tipinde diğer dördü dokuzlu likert tipinde sağlamaktadır. Bu dört madde iletişime girilmesi güç olan hastaların daha iyi ayırt edilmesi için ağırlığı arttırılarak hazırlanmıştır.

Hastanın her bir maddeden elde ettiği puanların toplanması ile ölçek toplam puanı elde edilir. Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. (Aydemir ve Köroğlu, 2012)

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A): Hamilton tarafından geliştirilmiş, anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmektedir. Hem ruhsal hem de bedensel belirtileri sorgulayan toplam 14 soru içermektedir. Beşli likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddeden elde edilen puan toplanarak toplam puan elde edilir. Her maddenin puanı 0-4 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 0-56 arasında değişmektedir. Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. (Aydemir ve Köroğlu, 2012)

Beck Depresyon Ölçeği: Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, depresyonun şiddetini ölçmeyi, değişimleri izleyebilmeyi ve hastalığı tanımlayabilmeyi amaçlamaktadır. 21 maddeden oluşmakta ve her bir madde sayı olarak 0-3 arasında numara almaktadır. Kişilerin son bir haftayı baz alarak kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeyi işaretlemesi beklenmektedir. Sonuç maddelerin toplanması ile elde edilmektedir. Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. (Öner, 2012)

3.4. İstatistiksel Analiz

Çalışma sonucunda elde edilen verilerin analizinde SPSS 16.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler olarak yüzde, ortalama, standart sapma değerleri verilmiştir. Parametrik olan ikili grupların karşılaştırılmasında bağımsız değişkenler t testi (Independent Samples t-Test), parametrik olmayanların karşılaştırılmasında ise Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Parametrik olmayan ve ikiden fazla değişkene sahip olan grupların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar %95 anlamlılık düzeyinde ($p<0.05$) değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik sonuçlarına göre dağılımı

	N	Yüzde(%)
Kadın	25	50,0
Erkek	25	50,0
18-29	16	32,0
30-44	23	46,0
45-65	11	22,0
Evli	20	40,0
Bekâr	21	42,0
Dul	9	18,0
Okuryazar	2	4,0
İlköğretim	1	2,0
Ortaöğretim	13	26,0
Üniversite	32	64,0
Yüksek lisans	2	4,0
Kötü	4	8,0
Orta	21	42,0
İyi	25	50,0
Büyükşehir	40	80,0
Şehir	9	18,0
İlçe	1	2,0

Yapmış olduğumuz çalışmaya toplam 50 hasta dahil edilmiş olup bunlardan 25'ini (%50) kadınlar, 25'ini de (%50) erkekler oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş gruplarına göre dağılımı incelenmiş ve yukarıdaki tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre hastalardan 16'sı (%32) 18-29, 23'ü (%46) 30-44, 11'i de 45-65 yaş aralığında yer almaktadır. Çalışmaya dahil edilen hastalardan 20'si (%40) evli, 21'i (%42) bekar iken 9'u (%18) ise duldur. Çalışmaya dahil edilen hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı yukarıdaki tabloda görülmektedir. Buna göre hastalardan 2'si (%4) okur-yazar iken, 2'si (%4) yüksek lisans, 1'i (%2) ilköğretim, 13'ü (%26) ortaöğretim ve 32'si de (%64) üniversite mezunudur.

Çalışmamızda 850 TL altı kötü, 850-3000 TL arası orta, 3000 TL üstü iyi olarak ele alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastalardan yalnızca 4'ünün (%8) gelir durumu kötü iken 21'i (%42) orta, geri kalan 25'i de (%50) iyi gelir düzeyine sahiptir. Yapmış olduğumuz çalışmaya katılan hastaların şu an yaşadıkları yerleşim yerine göre dağılımı yukarıdaki gibidir. Buna göre hastalardan 40'ı (%80) büyükşehirde ikamet etmekte iken 9'u (%18) şehir, 1'i (%2) de ilçede ikamet etmektedir.

Tablo 4.2. Hastaların doğum yerlerine göre dağılımı

	N	Yüzde (%)
Adana	3	6,0
Ankara	5	10,0
Antalya	1	2,0
Aydın	1	2,0
Bolu	1	2,0
Bursa	1	2,0
Çanakkale	1	2,0
Giresun	1	2,0
Hatay	1	2,0
Isparta	1	2,0
İstanbul	15	30,0
İzmir	5	10,0
Kars	2	4,0
Kastamonu	1	2,0
Kayseri	3	6,0
Kırşehir	1	2,0
Konya	1	2,0
Malatya	1	2,0
Samsun	2	4,0
Sivas	1	2,0
Ş.Urfa	1	2,0
Yozgat	1	2,0
Toplam	50	100,0

Yapılan çalışma dahil edilen hastaların doğum yerleri yukarıdaki tabloda görülmektedir. Tablo incelendiğinde çalışmaya Türkiye'nin tüm bölgelerinden hastaların olduğu görülmektedir. Bununla birlikte hastalardan 15'inin (%30) doğum yeri İstanbul'dur. Bu bağlamda hastaların büyük bölümünü Marmara bölgesi doğumlular oluşturmaktadır.

Tablo 4.3. Daha önce hastaneye yatıp yatmama durumuna göre hastaların dağılımı

	N	Yüzde (%)
Evet	36	72,0
Hayır	14	28,0
Toplam	50	100,0

Çalışmaya dahil edilen hastaların daha önce hastaneye yatıp yatmama durumları yukarıdaki tabloda görülmektedir. Çalışmaya dahil edilen hastalardan 36'sı (%72) daha önce hastaneye yattığını, 14'ü ise (%28) daha önce hastaneye yatmadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların daha önce geçirdikleri nöbet sayısına göre dağılımı

	N	Yüzde (%)
0	19	38,0
1	11	22,0
2	13	26,0
3	5	10,0
4	1	2,0
7	1	2,0
Toplam	50	100,0

Nöbet sayıları hastaların söylemi ile tespit edilmiştir. Hastaların geçirdikleri nöbet sayısına göre dağılımı yukarıdaki gibidir. Tablo incelendiğinde çalışmaya dahil edilen 50 hastadan 19'unun (%38) daha önce nöbet geçirmediği, 13'ünün (%26) 2 kez, 11'inin (%22) 1 kez, 5'inin (%10) 3 kez, 1'inin (%2) 4 kez ve yine 1 hastanın da (%2) 7 kez nöbet geçirdiği görülmektedir.

Tablo 4.5. Cinsiyete göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırması

	Cinsiyet	N	Ortalama	SS (±)	t	p
Young Mani	Kadın	25	8,80	8,47	-1.195	.238
	Erkek	25	11,68	8,56		
Hamilton Anksiyete	Kadın	25	13,96	9,02	.354	.725
	Erkek	25	13,12	7,72		
Beck Depresyon	Kadın	25	11,64	9,85	.203	.840
	Erkek	25	11,08	9,65		

Yapmış olduğumuz çalışmada hastaların ölçeklerden elde ettikleri skorların cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için bağımsız değişkenler t testi uygulanmış ve yukarıdaki tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde Young Mani Ölçeği'nden kadınların erkeklere oranla daha düşük skor elde ettikleri ancak bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Yine yapılan t testi neticesinde Hamilton Anksiyete Ölçeği'nden kadınlarla erkeklerin birbirine hemen hemen aynı skorlar elde ettikleri görülmektedir. Bu bağlamda her iki cinsiyet arasında belirtilen ölçek skoru açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Beck Depresyon Ölçeği'nden elde edilen skorların cinsiyete göre durumları incelendiğinde de yukarıdaki sonuçlara benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Zira erkek ve kadınlar birbiriyle hemen hemen aynı skorları elde etmiş olup gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Yaşa göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırması

		N	Ortalama	SS (±)	χ^2	P
Young Mani	18-29	16	11,68	6,42	6.020	.049
	30-44	23	7,73	9,04		
	45-65	11	13,36	9,40		
Hamilton Anksiyete	18-29	16	15,00	8,90	.680	.712
	30-44	23	12,95	7,74		
	45-65	11	12,63	9,13		
Beck Depresyon	18-29	16	12,06	9,06	.285	.867
	30-44	23	11,56	10,59		
	45-65	11	9,90	9,14		

Yapmış olduğumuz çalışmada hastaların yaşına göre ölçeklerden elde ettikleri skorlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis uygulanmış ve yukarıdaki tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde yalnızca Young Mani ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Young Mani ölçeğinden 30-44 yaş aralığında bulunan hastalar en düşük skoru, 45-65 yaş aralığında bulunan hastalar ise en yüksek skoru elde etmiştir.

Tablo 4.7. Medeni duruma göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırması

		N	Ortalama	SS (\pm)	χ^2	P
Young Mani	Evli	20	12,00	10,54	.917	.632
	Bekar	21	10,00	7,72		
	Dul	9	6,88	3,82		
Hamilton Anksiyete	Evli	20	12,25	8,65	1.278	.528
	Bekar	21	15,09	8,59		
	Dul	9	12,77	7,13		
Beck Depresyon	Evli	20	8,95	7,60	1.378	.502
	Bekar	21	12,23	10,37		
	Dul	9	14,66	11,66		

Yapmış olduğumuz çalışmada katılımcılar medeni durumlarına göre homojen bir dağılıma sahip olmadığı için ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırılması için parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis testi uygulanmış ve yukarıdaki tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde Young Mani ölçeğinde dul olanların en düşük ortalamaya, evli olanların ise en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmekte olup gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hamilton Anksiyete Ölçeği'nden elde edilen ortalama skorlar incelendiğinde evlilerin ve dulların bekar olanlara oranla daha yüksek ortalamaya sahip oldukları ancak bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Beck Depresyon Ölçeği'nden evli olanlar bekar ve dul olan hastalara nazaran daha düşük ortalama skor elde etmişlerdir.

Bununla birlikte yapılan istatistiksel analiz neticesinde Beck Depresyon Ölçeği'nden elde edilen ortalama skorların medeni duruma göre farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Eğitim durumuna göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırması

		N	Ortalama	SS (\pm)	χ^2	P
Young Mani	Okuryazar	2	9,00	12,72	1.580	.812
	İlköğretim	1	8,00	-		
	Ortaöğretim	13	11,69	9,11		
	Üniversite	32	10,21	8,57		
	Yüksek lisans	2	3,50	4,94		
Hamilton Anksiyete	Okuryazar	2	17,00	21,21	4.079	.395
	İlköğretim	1	4,00	-		
	Ortaöğretim	13	14,15	8,61		
	Üniversite	32	13,03	7,69		
	Yüksek lisans	2	19,00	5,65		
Beck Depresyon	Okuryazar	2	10,50	12,02	7.421	.115
	İlköğretim	1	32,00	-		
	Ortaöğretim	13	15,00	11,21		
	Üniversite	32	8,78	7,74		
	Yüksek lisans	2	19,50	10,60		

Ölçeklerden elde edilen skorların eğitim durumuna göre farklılaşp farklılaşmadığını tespit etmek için yapmış olduğumuz Kruskal Wallis testi neticesinde yukarıdaki tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre Young Mani ölçeğinden yüksek lisans mezunu olanların en düşük ortalamaya, ortaöğretim mezunu olanların ise en yüksek ortalamaya sahip olduğu ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Hamilton Anksiyete ölçeğinden ilköğretim mezunu olan hasta en düşük ortalamaya sahip iken yüksek lisans mezunu olan hastalar ise en yüksek ortalama skora sahiptir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). İlköğretim mezunu olan hastanın Beck Depresyon ölçeğinden elde ettiği ortalama diğerlerine oranla daha yüksek olmakla birlikte gruplar arasında ilgili ölçekten elde edilen skor açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Gelir düzeyine göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırması

		N	Ortalama	SS (±)	χ^2	P
Young Mani	Kötü	4	6,50	3,69	.763	.683
	Orta	21	10,42	7,33		
	İyi	25	10,68	10,01		
Hamilton Anksiyete	Kötü	4	18,00	13,88	1.974	.373
	Orta	21	14,19	6,90		
	İyi	25	12,28	8,50		
Beck Depresyon	Kötü	4	22,50	9,71	5.716	.057
	Orta	21	11,47	9,17		
	İyi	25	9,48	9,16		

Hastaların ölçeklerden elde ettikleri ortalama skorların gelir durumuna göre farklılaşp farklılaşmadığını tespit etmek için yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda yukarıdaki sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre Young Mani ölçeğinde gelir durumu kötü olanların en düşük, gelir durumu iyi olanların ise en yüksek ortalamaya sahip oldukları ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0.05$). Hamilton Anksiyete ölçeğinden gelir durumu kötü olanlar en yüksek ortalama skoru elde etmiş iken gelir durumu iyi olan hastaların ise en düşük ortalamaya sahip oldukları tespit edilmiş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Beck Depresyon ölçeğinden gelir durumu iyi olanların en düşük, gelir durumu kötü olanların ise en yüksek ortalamayı elde ettikleri tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde Beck Depresyon ölçeğinden elde edilen skorlar açısından gruplar arasında sınırdan anlamlılık tespit edilmiştir ($p = 0.057$).

Tablo 4.10. Yerleşim yerine göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırması

		N	Ortalama	SS (±)	χ^2	P
Young Mani	Büyükşehir	40	10,10	8,86	1.354	.508
	Şehir	9	10,00	7,59		
	İlçe	1	18,00	.		
Hamilton Anksiyete	Büyükşehir	40	13,62	8,25	3.346	.188
	Şehir	9	11,11	6,58		
	İlçe	1	32,00	.		
Beck Depresyon	Büyükşehir	40	10,92	9,79	.815	.665
	Şehir	9	12,44	9,67		
	İlçe	1	19,00	.		

Hastaların ölçeklerden elde ettikleri ortalama skorların yaşadıkları yerleşim yerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda yukarıdaki sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde Young Mani ölçeğinden şehirde yaşayan hastaların en düşük, ilçede yaşayanların ise en yüksek ortalamaya sahip oldukları ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0.05$). Hamilton Anksiyete ölçeğinden ilçede ikamet edenler en yüksek ortalama skoru elde etmiş iken şehirde yaşayan hastaların ise en düşük ortalamaya sahip oldukları tespit edilmiş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Beck Depresyon ölçeğinden büyükşehirde yaşayanların en düşük, köyde yaşayanların ise en yüksek ortalamayı elde ettikleri bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde Beck Depresyon ölçeğinden elde edilen skorlar açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Daha önceki hastane yatışlarına göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırması

	Hastane yatışı	N	Ortalama	SS (\pm)	U	p
Young Mani	Evet	36	11,4167	8,96143	184.50	.143
	Hayır	14	7,2143	6,78435		
Hamilton Anksiyete	Evet	36	12,9722	8,28936	219.00	.475
	Hayır	14	15,0000	8,54850		
Beck Depresyon	Evet	36	10,5000	9,08845	209.50	.358
	Hayır	14	13,5714	11,03640		

Hastaların daha önce hastane yatıp yatmamalarına göre ölçeklerden elde ettikleri ortalama skorlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U test uygulanmış ve yukarıdaki tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde Young Mani ölçeğinden daha önce hastanede yatan hastaların diğerlerine göre daha yüksek ortalamaya sahip oldukları ancak bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Yapılan istatistiksel analiz sonucunda Hamilton Anksiyete ölçeğinden daha önce hastanede yatanların diğerlerine göre daha düşük ortalamaya sahip oldukları ve iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Beck Depresyon ölçeğinden daha önce hastanede yattığını ifade edenlerin diğerlerine göre daha düşük ortalamaya sahip oldukları ve gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Anksiyete bozukluğu ek tanısına göre ölçeklerden elde edilen skorların karşılaştırması

		N	Ortalama	SS (±)	χ^2	P
Young Mani	Ek Anksiyete bozukluğu yok	8	6,50	7,89	3.576	.167
	En az 1 anksiyete bozukluğu	10	9,70	11,22		
	Birden çok anksiyete bozukluğu	32	11,34	7,75		
Hamilton Anksiyete	Ek Anksiyete bozukluğu yok	8	16,37	10,83	.874	.646
	En az 1 anksiyete bozukluğu	10	11,10	7,06		
	Birden çok anksiyete bozukluğu	32	13,59	8,03		
Beck Depresyon	Ek Anksiyete bozukluğu yok	8	12,62	8,84	.306	.858
	En az 1 anksiyete bozukluğu	10	10,00	9,06		
	Birden çok anksiyete bozukluğu	32	11,46	10,23		

Hastaların anksiyete bozukluğu ek tanısına göre ölçeklerden elde ettikleri skorlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan Kruskal Wallis testi neticesinde yukarıdaki tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre Young Mani ölçeğinden ek anksiyete bozukluğu olmayan hastaların diğerlerine oranla daha düşük ortalamaya sahip oldukları ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Yapılan istatistiksel analiz sonucunda Hamilton Anksiyete ölçeğinden ek anksiyete bozukluğu bulunmayan hastaların diğerlerine göre daha yüksek ortalama elde ettikleri tespit edilmiş olup gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ek anksiyete bozukluğu olmayan hastalar Beck Depresyon ölçeğinden diğer ölçeklere göre daha yüksek ortalama skor elde etmiştir. Ancak yapılan analiz sonucunda gruplar arasında Beck Depresyon ölçeğinden elde edilen skorlar açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bipolar Hasta Grubunun Komorbid Anksiyete Bozuklukları

Tablo 4.13. Hastaların SCID-I sonuçlarına göre dağılımı

	N	Yüzde (%)
Komorbit anksiyete bozukluğu olmayan	7	14.0
Sosyal Fobi	1	2.0
Özgül fobi	1	2.0
PTSB	1	2.0
Özgül fobi/YAB	1	2.0
PB/Özgül fobi	1	2.0
PB/YAB	1	2.0
PB öyküsü olmadan Agorafobi/YAB	1	2.0
PTSB/Sosyal fobi	1	2.0
PTSB/Özgül fobi	1	2.0
OKB/Özgül fobi	1	2.0
OKB/Sosyal fobi/YAB.	1	2.0
PB/Özgül fobi /Sosyal fobi	1	2.0
PB/OKB/YAB	1	2.0
PB/Özgül fobi/YAB	1	2.0
PTSB/Sosyal fobi/Özgül fobi	1	4.0
PTSB/Sosyal fobi/YAB	1	2.0
OKB/Sosyal fobi/Özgül fobi/YAB	1	2.0
Agorafobi ile birlikte PB/Sosyal fobi/Özgül Fobi/YAB	1	2.0
PTSB/Sosyal fobi/Özgül fobi/YAB	1	2.0
Agorafobiyle birlikte panik bozukluk	2	4.0
OKB/Sosyal fobi	2	4.0
PB öyk. Olma. Agorafobi	2	4.0
Agorafobi ile birlikte PB/Sosyal fobi	2	4.0
PB/Sosyal fobi/YAB	2	4.0
Sosyal fobi/Özgül fobi/YAB	2	4.0
YAB	3	6.0
OKB/YAB	3	6.0
Sosyal fobi/YAB	6	12.0
Toplam	50	100.0

Çalışmaya dahil edilen hastaların SCID-I sonuçları yukarıdaki tabloda görülmektedir. Buna göre hastalardan 2'sinde (%4) Agorafobiyle birlikte panik bozukluk, 1'inde (%2) obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ve özgül fobi, 1'inde (%2) OKB, sosyal fobi ve yoğun anksiyete bozukluğu (YAB), 2'sinde (%4) OKB ve sosyal fobi, 3'ünde (%6) OKB ve YAB, 1'inde (%2) OKB, sosyal fobi, özgül fobi ve YAB, 1'inde (%2) özgül fobi, 1'inde (%2) özgül fobi ve YAB, 1'inde panik bozukluk (PB) ve özgül fobi, 1'inde (%2) PB, özgül fobi ve sosyal fobi, 1'inde (%2) PB, OKB ve YAB, 2'sinde (%4) PB, sosyal fobi ve YAB, 1'inde (%2) panik bozukluk ve YAB, 2'sinde (%4) PB öyküsü olmayan agorafobi, 1'inde (%2) PB, özgül fobi ve YAB, 1'inde posttravmatik stres bozukluğu (PTSB), 1'inde (%2) PTSB ve sosyal fobi, 1'inde (%2) PTSB, Sosyal fobi ve özgül fobi, 1'inde (%2) PTSB, sosyal fobi ve YAB, 1'inde (%2) PTSB ve özgül fobi, 2'sinde (%2) sosyal fobi, özgül fobi ve YAB, 6'sında (%12) sosyal fobi ve YAB, 1'inde (%2) sosyal fobi, 3'ünde (%6) YAB tespit, 2'sinde (%4) agorafobi ile birlikte PB ve sosyal fobi, 1'inde agorafobi ile birlikte PB, sosyal fobi, özgül fobi ve YAB, 1'inde (%2) PB öyküsü olmadan agorafobi ve YAB, 1'inde de (%2) PTSB, sosyal fobi, özgül fobi ve YAB tespit edilmiştir.

Yukarıdaki tabloda görülen bulgular dikkate alındığında hastalardan 7'sinde (%14) ek anksiyete bozukluğu bulunmamaktadır. Hastalardan 10'unda (%20) en az 1 anksiyete bozukluğu, 33'ünde ise (%66) birden fazla anksiyete bozukluğu bir aradadır.

Tablo 4.14. Hastaların anksiyete bozukluk sayısına göre dağılımı

	N	Yüzde (%)
Anksiyete bozukluğu yok-	7	14
1 Anksiyete bozukluğu	10	20
2 Anksiyete bozukluğu bir arada	20	40
3 Anksiyete bozukluğu bir arada	10	20
4 Anksiyete bozukluğu bir arada.	3	6
Toplam	50	100

Yukarıdaki tabloda görülen bulgular dikkate alındığında hastalardan 7'sinde (%14) ek anksiyete bozukluğu bulunmamaktadır. Hastalardan 10'unda (%20) en az 1 anksiyete bozukluğu, 33'ünde ise (%66) birden fazla anksiyete bozukluğu bir aradadır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Psikiyatrik araştırmalarda standartlaşmış kriterlerin ilerlemesi, farklı tanısal kategorilerin oluşturulması ve yapılandırılmış testlerin tanımlanması komorbiditeleirn doğası, etkileri ve yaygınlığı üzerine çok sayıda çalışma yapılmasını sağlamıştır (Erken, 2002). Gerek klinik içi ve gerekse toplum içi örneklerle gerçekleştirilen çalışmalar psikiyatrik bozukluklarda komorbiditenin oldukça yaygın olduğunu işaret etmekte (Erken, 2002) olup bu çalışmalara göre bir psikiyatrik bozukluğa ilişkin kriterleri karşılayan bireylerin %50'si aynı zamanda farklı bir yahut daha fazla ek bozukluğa ilişkin kriterlere de sahiptir. Komorbidite oranı epidemiyolojik çalışmalarda %54 olarak bildirilmiş iken ABD Ulusal Komorbidite alışması'nda (NCS) %56, Hollanda Ruh Sağlığı ve İnsidans alışması'nda (NMHSİS) da %45 olarak bildirilmiş olup komorbidite prevalansının tek bir bozukluğa ilişkin prevalanstan daha sık olduğu ifade edilmiştir (Andrews ve ark., 2002).

Son yıllarda aratan klinik ve edipemiyolojik çalışmalar, bipolar bozukluk ile anksiyete bozukluklarının yüksek oranda birliktelik gösterdiğini bildirmektedir. Bipolar bozukluk ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmalar son yıllarda artış göstermekle birlikte özellikle ülkemizde oldukça yetersiz düzeydedir. Tamam 'a göre, bipolar bozukluk tanısı almış hastalarda yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanısı görülme sıklığı %24 ile %39 arasında değişmektedir. Bu hastaların büyük kısmında birden fazla anksiyete bozukluğu ek tanısı bulunmaktadır. Anksiyete bozuklukları ek tanısı alan bipolar bozukluk hastalarında genel psikopatoloji düzeyinde önemli bir artışın olduğu, tedavi yanıtının azaldığı, hastalık sürecinin olumsuz etkilendiği ve zkiyım riskinin arttığı görülmüştür (Tamam, 2007).

Coryell ve ark. (2003) 6 yıl boyunca takip ettikleri 148 bipolar hastayı normal kontroller ile karşılaştırdıkları çalışmalarında anlamlı olarak farklı bir şekilde eğitimlerini ve mesleklerini ilerletemediklerini ve takibin son yılında anlamlı oranda daha fazla işsiz olduklarını görmüşlerdir.

Yaş olarak normal kontroller ile eşleşmiş olmalarına karşın evlenme oranları yarı yarıya düşük, evli olanlarda boşanma ve ayrılma oranları da yaklaşık 2 kat yüksek bulunmuştur.

Yapmış olduğumuz çalışmada anksiyete bozukluğu ek tanısı saptanan bipolar bozukluklu hastaların, eğitim durumu, gelir durumuna göre ölçeklerden elde ettikleri skorların farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için uygulanan istatistiksel analiz neticesinde gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Simon ve ark. (2004), 475 bipolar bozukluklu hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, anksiyete bozukluğu ek tanısı tespit edilen hastalarda eğitim düzeyinin düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Yapmış olduğumuz çalışmadan elde edilen sonuçlara göre hastalardan 2'sinde (%4) Agorafobiyle birlikte panik bozukluk, 1'inde (%2) obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ve özgül fobi, 1'inde (%2) OKB, sosyal fobi ve yoğun anksiyete bozukluğu (YAB), 2'sinde (%4) OKB ve sosyal fobi, 3'ünde (%6) OKB ve YAB, 1'inde (%2) OKB, sosyal fobi, özgül fobi ve YAB, 1'inde (%2) özgül fobi, 1'inde (%2) özgül fobi ve YAB, 1'inde panik bozukluk (PB) ve özgül fobi, 1'inde (%2) PB, özgül fobi ve sosyal fobi, 1'inde (%2) PB, OKB ve YAB, 2'sinde (%4) PB, sosyal fobi ve YAB, 1'inde (%2) panik bozukluk ve YAB, 2'sinde (%4) PB öyküsü olmayan agorafobi, 1'inde (%2) PB, özgül fobi ve YAB, 1'inde posttravmatik stres bozukluğu (PTSB), 1'inde (%2) PTSB ve sosyal fobi, 1'inde (%2) PTSB, Sosyal fobi ve özgül fobi, 1'inde (%2) PTSB, sosyal fobi ve YAB, 1'inde (%2) PTSB ve özgül fobi, 2'sinde (%2) sosyal fobi, özgül fobi ve YAB, 6'sında (%12) sosyal fobi ve YAB, 1'inde (%2) sosyal fobi, 3'ünde (%6) YAB tespit, 2'sinde (%4) agorafobi ile birlikte PB ve sosyal fobi, 1'inde agorafobi ile birlikte PB, sosyal fobi, özgül fobi ve YAB, 1'inde (%2) PB öyküsü olmadan agorafobi ve YAB, 1'inde de (%2) PTSB, sosyal fobi, özgül fobi ve YAB tespit edilmiştir. Ek anksiyete bozukluğu tanısı almayan 7 hasta (%14) bulunmaktadır.

Yukarıda da ifade edildiği gibi çalışmamıza dahil edilen hastaların %20'sinin en az bir anksiyete bozukluğuna sahip olduğu, dolayısıyla da %20'lik bir komorbidite saptanmış iken hastaların 33'ünde (%66) ise birden fazla ek anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel analizler neticesinde ek anksiyete tanısı almayan, en az bir ek anksiyete tanısına sahip olan ve birden fazla ek anksiyete tanısı olan gruplar arasında ölçeklerden elde edilen skorlar açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Boylan ve ark. (2004), 138 bipolar bozukluklu hasta üzerinde yapmış oldukları çalışmada 77 hastada şu anda veya yaşam boyu anksiyete ek bozukluğu tanısı olduğunu, 33 hastada bir anksiyete bozukluğu, 22 hastada iki anksiyete bozukluğu ve yine 22 hastada da üç ya da daha fazla anksiyete bozukluğu bulunduğunu bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada genel olarak anksiyete bozukluğu ek tanısının bipolar bozukluk sürecine negatif bir etkisinin olduğunu ancak ek tanı sayısındaki artış ile hastalık şiddeti ve sonlanımı arasında bir ilişki olmadığını belirmişlerdir. Bununla birlikte araştırmacılar ek tanı sayısından ziyade anksiyete bozukluğunun türü üzerinde durulması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Toprak ve Yavuz'ub yapmış olduğu çalışmaya göre, bipolar bozukluk hastalarında olguların %32.9'u değerlendirildiği dönemde anksiyete bozukluğu tanısı almaktaydı. En sık görülen anksiyete bozukluğu ek hastalığı OKB(%20), sosyal anksiyete bozukluğu (%12.9) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%8.6), panik bozukluk ve TSSB'u (%5.7) olarak bulunmuştur. (Toprak, Yavuz, 2011)

Sonuç olarak, bu tür hastaların muayene ve tedavi sırasında komorbid anksiyete bozukluğunun varlığının saptanarak tedavi sürecine dahil edilmesi gerekmektedir. Ancak pratikte bunun eksik bırakıldığı klinisyenler tarafından gözlenmektedir. Tezimizin amacı, bu eksikliğin giderilmesine dikkat çekmektir.

KAYNAKÇA

Akiskal, H.S. (2007). Duygudurum bozuklukları: tarihsel gelişimi ve kavramın tanıtımı. İçinde Sadock, B.J., Sadock, V.A. *Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri*. (8nd ed.). Çev. H. Aydın, A. Bozkurt (Eds.). Ankara: Güneş Kitabevi, 1559-1574.

Akiskal HS, Pinto O. (1999). The evolving bipolar spectrum. Prototypes I,II,III, and IV. *Psychiatr Clin North Am*. 22:517-534.

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

Algulander C, Bandelow B, Hollander; World Council of Anxiety (2003). WCA recommendations for the long term treatment of generalized anxiety disorder. *CNS spectrum*, (8 Suppl 1):53–61.

Altınay, U.C. (2005). *Şizofren Hastalarda Alkol Madde Kullanım Bozukluğu Komorbiditesi ve Komorbiditenin Hastalık Gidişine Etkileri*. İsatnbul: Uzmanlık Tezi.

Altındağ A, Yanık M, Nebioğlu M. (2006). The comorbidity of anxiety disorders in bipolar I patients: prevalence and clinical correlates, *Isr J Psychiatry Rel et Sci*, 2006.

Altınöz F. (1992). İstanbul’da bir gecekondu bölgesinde mizaç bozuklukları ve Anksiyete bozuklukları yaygınlığı üzerine bir epidemiyolojik çalışma: *Uzmanlık tezi Bakırköy İstanbul 1992*.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1996). *Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı*, dördüncü baskı (DSM-IV). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994, Köroğlu E.(çeviren). Ankara Hekimler Yayın Birliği, 1996:555-65.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2005). *DSM IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru ElKitabı*. (Köroğlu, E. Çev.). (2. Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Andreasen NC, Black DW. (2006). *Mood Disorders. Introductory Textbook of Psychiatry*.3. Baskı. American Psychiatric Publishing Inc Washington DC.

Andrews G, Slade T, İssakidis C. (2002). Deconstructing current Comorbidity: Data from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *British journal of psikiyatri*, 81:306-314.

Annagür, B.B. (2011). *Bipolar Bozuklukta Obsesif Kompulsif Birlikteliği*. Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi, 27(2).

Arkonaç O. (1999). *Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1999.p.36–37

Arora M, Daughton J. (2007). Mania in the medically ill. *Curr Psychiatry Rep*, 9:232-235.

Ay, F. (2011). Hastanede Yatarak Tedavi Gören Yaşlı Hastalarda Depresif Bozukluk ve Ansiyete Bozukluğu Yaygınlığı, Yaşam Kalitesi Ve Günlük Yaşam Aktiviteleri İle Demografik Ve Klinik Özellikler Arasındaki İlişki, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Aydemir, Ö., Köroğlu, E. (2012). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. (6. Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Bal, U. (2010). *Ansiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları*, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2010.

Barlow DH, Wincze J (1998). DSM-IV and beyond: vwhat is generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 98 (Suppl 393): 23–29.

Baron M, Risch N, Hamburger R., et al. (1987). Genetic Linkage between X Chromosome markers and bipolar affective illness. *Nature*, 326: 289-92.

Baykal, S., Karakurt, M.N., Karabekiroğlu, K., şenses, A., Yüce, M. *Bipolar Bozukluk Tanısı Olan Ve Bipolar Bozukluk İçin Yüksek Riskli Ergenlerin Nöropsikolojik Özellikleri*. Türk Psikiyatri Dergisi 2013;24(4):221-30.

Benazzi F. (2007). Bipolar II disorder: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs*;21(9):727-40.

Blackwood DH, Visscher PM, Muir WJ. (2001). Genetic studies of bipolar affective disorder in large families. *British Journal of Psychiatry*, 41:6-134.

Bowen R., South M., Hawkes J. (1995). Mood swings in patients with panic disorder. *Can J Psychiatry*; 39:91–94.

Boylan KR., Bieling PJ., Marriott M., Begin H., Young LT., MacQueen GM. (2004). Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*;65(8):1106–1113.

BPB Toplantısı. (2008). *Her Yönüyle Bipolar Bozukluk*. İstanbul: Marmara Üniversitesi.

Cansever A. (2007). “Özgül Fobi”, Köroğlu E, güleç C, şenol S,editors, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın.

Ceylan, M.E. ve Oral, E.T. (2001). *Duygudurum Bozuklukları*. İstanbul: Gençlik kitabevi, 1-11.

Colom, F. ve Vieta, E. (2012). Bipolar bozukluğun klinik, tanısai ve terapötik yönleri. *Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim El Kitabı*. Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basım Yayın ve Tanıtım Ltd. şti.

Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. (2003). The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry*, 150(5):720-727.

Cömert E. (2004). Depresif Bozukluklarda Anksiyete Şiddetine Göre Sürekli Öfkelenen ve Öfke Tarzlarının İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2004.

Davidson JRT. (1995). Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. *In Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed 6, H I Kaplan, B J Sadock, editors. Williams & Wilkins, Baltimore.

Davidson JRT, Hughes DL, George LK., et al. (1993). The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiologic Catchment Area Study. *Psychol Med*, 23:709-718.

Davison, G.C., Neale, J.M. (2004). *Anormal Psikoloji*. (Dağ, İ. Çev.). (7. Baskı). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Dell'Osso L., Akiskal HS., Freer P., Barberi M., Placidi GF. (1993). Psychotic and nonpsychotic bipolar mixed states: comparisons with manic and schizoaffective disorders, *European Archives Of General Psychiatry And Clinical Neuroscience*, 243(2): 75-81.

Dilbaz N. (1997). Sosyal Fobi, *Psikiyatri Dünyası*; 1:18-24.

Dilbaz N. (2005). *Anksiyete Bozukluklarındaki Son Gelişmeler*. Ankara: Pozitif Matbaacılık; 2005.p:59-78.

Doğan O, Gülmez H, Ketenoglu O. (1995). *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*. Sivas: Dilek Matbaası, 1995:33-37.

Egeland JA, Gerhard DS, Pauls DL., et al. (1987). Bipolar affective disorders linked to DNA markers on chromosome 11. *Nature*, 325:783-7.

Erek Ş. (2006) Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluğu olan hastalarda bipolar bozukluk komorbiditesi ve afektif temperament özelliklerinin karşılaştırılması: Uzmanlık tezi Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul.

Erken B. (2002) Alkol bağımlılarında kişilik bozukluğu komorbiditesi, I. Eksen psikiyatrik tanılar ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri ile ilişkisi. Uzmanlık tezi; Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul.

Eroğlu, M.Z., (2010). *Bipolar Bozuklukta Koruyucu Sağaltım*. Adana: Uzmanlık Tezi.

Esel, E. (2003). Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2003;13(2):78-87.

Fontanelle LF, Mendlowicz MV, Marquez C, Versiani M. (2003). Early-and late-onset obsesif-compulsive disorder in adult patients: an explanatory clinical and therapeutic study. *J. Psychiatr Res*; 37:127-33

Freeman MP., Freeman SA. and McElroy SL. (2002). The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues, *Journal of Affective Disorders*, Volume 68, Issue 1, Pages 1-23.

Gürbüz, T. (2010). Anksiyete Bozukluğu Tanısıyla Takip Edilen Hastalarda Anksiyete Şiddeti Ve Serum Lipid Profili İlişkisinin İncelenmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2010.

Himmelhoch JM. (1998). Social anxiety, hypomania and the bipolar spectrum: data, theory and clinical issues,, *Journal of Affective Disorders, Volume 50, Issues 2-3, 1*, Pages 203-213.

Isık, E. (2003). Duygu Durumu Bozuklukları, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İç: Isık E, editör. Bipolar Bozukluklar. İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaası.

Işık E, Işık Y. (2006). *Çocuk, ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*, İstanbul: Asimetrik Paralel.

Işık E. ve Taner, Y. (2006). *Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*, Asimetrik Paralel Kitabevi.

Karşıdağ, Ç., Oral, E.T., (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. (2. Baskı). Ankara: Hekimler Birliği. Ed: Güleç, Ç., Köroğlu, E.

Keller, MB. (2006). *Prevalence and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder*. J Clin Psychiatry, 2006, 67(suppl 1):5–7.

Kessler, RC, Mc Gonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Higher M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. (1994). Lifetime and 12 months prevalence of DSM-R psychiatric disorder in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*; 52:8–19.

Kessler, RC, Sonnega A, Bronet E. (1995). PTSD in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52; 1048-1060

Kessler, R.C., Rubinow, D.R., Holmes, C., Abelson, J.M. and Zhao, S. (1997). The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychological Med.* 27, pp. 1079–1089.

Köroğlu E. (2004). *Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; p. 325-80.

Krishnan KRR. (2005). Psychiatric and Medical Comorbidities of Bipolar Disorder. *Psychosomatic Medicine* 67: 1-8.

Krüger S., Cooke RG., Hasey GM., Jorna T., Persad E. (1995). Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorders, *Journal of Affective Disorders*, Volume 34, Issue 2, Pages 117-120.

Lut, T. (2007). Bipolar Bozukluk İle Anksiyete Bozukluğu Birlikteliği: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 18(1):59-71

McElroy SL., Altshuler LL., Suppes T., Keck PE., Frye MA., Denicoff KD., Nolen WA., Kupka RW., Leverich GS., Rochussen JR., Rush AR., and Post RM. (2001). Axis I Psychiatric Comorbidity and Its Relationship to Historical Illness Variables in 288 Patients With Bipolar Disorder, *Am J Psychiatry* 158:420-426.

Okasha A, Saad A, Khail AH, El Dawle AS, Yahie N. (1994). Phenomonology of obsesif-compulsive disorder. A transcultural study. *Compr. Psychiatry*; 35: 191-97

Ormel J, Von Korff M, Ustun B, et al. (1994). Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA*, 272: 1741–8.

Öner, N. (2012). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler. (7. Baskı). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

Öztürk M.O. (2001) Duygulanım Bozuklukları. _ç:Öztürk MO, editör. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. Basım. Ankara:Nobel Tıp Kitabevleri; 2001.s. 291-342.

Öztürk M.O. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları . 11. Baskı, 1. Cilt, Ankara, 337-428.

Özkürkçügil Çorapçıoğlu A. (2000). Posttravmatik stres bozukluğu. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*; 8(Ek.1):13-19.

Perugi G., Akiskal HS., Pfanner C., Presta S., Gemignani A., Milanfranchi A., Lenzi P., Ravagli S., Cassano GB (1997). The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder, *Journal of Affective Disorders Volume 46*, Issue 1, Pages 15-23.

Rasmussen SA, Eisen JL. (1992). The epidemiology and differential diagnosis of obsesif-compulsive disorder. *J.Clin. Psychiatry*; 53(suppl)41: 4-10

Regier DA, Myers JK, Kramer M et al. (1984). The NIMH Epidemiological Catchment Area Program: historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry*; 41:934-941.

Roy-Byrne P, Geraci M. (1986). Life events and the course of illness in patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*, 1986; 146:622-626.

Sachs, G.S. and Rush, A.J. (2003). Response, remission, and recovery in bipolar disorders: what are the realistic treatment goals? *The Journal of clinical psychiatry*, 64(6), 18-22.

Sachs, G.S., Thase, M.E., Otto, M.W., Bauer, M., Miklowitz, D., Wisniewski, S.R. ve ark. (2003). Rationale, design, and methods of the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEPBD). *Biol Psychiatry*. 53(11), 1028-42.

Sadock BJ, Sadock VA. (2007). *Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri* Editörleri:Aydın H,Bozkurt A. Sekizinci Baskı Günes Kitabevleri İstanbul Sy:1559-1800.

Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P. (2009). *Kaplan & Sadoc's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (9. Baskı). Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams&Wilkins.

Saka, M.C., Özer, S. ve Uluşahin, A. (2001). Bipolar bozukluk bir yıllık izlem çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(4), 283-292.

Sanderson WC, Barlow DH. (1990). A description of patients diagnosed with DSMIII-R generalised anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178: 588–91.

Sayıl I. (2000). Duygudurum bozuklukları, *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* 2. Baskı, Ankara.

Schneier FR, Johnson J, Hornig CD., et al. (1992). *Social phobia: comorbidity and morbidity in epidemiologic sample*. *Arch Gen Psychiatry*, 49:282-288.

Seligman, M.E.P., Rosenhan, D.L., Walker, E.F. (2001). *Abnormal Psychology*. (4. Baskı). New York: Norton & Company.

Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M, Sagduyu K, Frank E, Sachs GS, Nierenberg AA, Thase ME, Pollack ME. (2004). Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: Data from the first 500 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*;161(12): 2222- 2229.

Smoller JM, Finn CT. (2003). Family, twin and adoption studies of bipolar disorder. *AM J Med Genet Part C (Semin. Med. Genet.)*, 123C:48-58.

Stahl, S.M. (2010). *Depresyon Ve Bipolar Bozukluk*. (Oral, T. Çev.). (3. Baskı). İstanbul: Sigma Publishing.

Stein MB, Walker JR, Forde DR. (1994). Setting thresholds for social phobia: considerations from a community survey of social anxiety. *Am J Psychiatry*, 151:408-412.

Stone, M.H. (2007). Duygudurum bozukluklarının tarihsel yönleri. İçinde *Stein, D.J., Kupfer, D.J., Schatzberg, A.F. Duygudurum Bozuklukları*. Çev. E.T. Oral (Eds). İstanbul: Sigma Publishing, 3-17.

Sürmeli A. (1997). Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. In: Güleç C, Köroğlu E, editors. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara; Hekimler Yayın Birliği 1997; p: 449–526.

Toprak, E., Yavuz, B., (2011). *İki Uçlu Mizaç Bozukluğu Hastalarında Anksiyete Bozukluğu EkHastakiğı ve Yaşam Kalitesi*.

US Dept Health and Human Services, National Institute of Mental Health. Epidemiologic catchment area (ECA) survey of mental disorders, wave I (household) 1980–1985: [United States]. 2002;ICPSR 8993:1–911. *Inter-university Consortium for Political and Social Research*.

Wacker HR, Mullejans R, Klein KH., et al. (1992). Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD 10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*, 2:91-100.

Weissman MM, Bland RC. (1998). Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Baltimore, 1998; 594-602.

Wittchen HU, Carter RM, Pfister H, et al. (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *Int Clin Psychopharmacol*, 15: 319–28.

Yuang YY, Liu CY. (2001). Phenomenology of obsesif-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin. Neurosci*; 55: 623-27

Yazıcı, O., (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. (2. Baskı). Ankara: Hekimler Birliği. Ed: Güleç, Ç., Köroğlu, E.

Zeytin, M. A. (2012). Kronik Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinin Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2012.



EKLER

EK-1

Sosyodemografik Form

Bu form Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programını tamamlamak üzere yapılan, “Bipolar Bozukluk ile Anksiyete Bozuklukları Komorbiditesi”ni inceleyen tez çalışmasının bir bölümüdür. Bu form tez çalışmasında kullanılacaktır, kişisel bir değerlendirme yapılmayacaktır. Sizlerden elde edilen kişisel bilgiler tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacak ve gizli tutulacaktır.

Katılımınız için teşekkürler
Psikolog Ezgi Sevinç

1. Adınız Soyadınız:

2. Yaşınız:

18 – 29 30 – 44 45 – 65

3. Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

4. Medeni durumunuz:

Bekâr Evli Boşanmış Dul Ayrı yaşıyor

5. Eğitim durumunuz:

Okuryazar İlköğretim Ortaöğretim Üniversite Yüksek Lisans

6. Mesleğiniz:

7. Aylık gelir düzeyiniz:

Kötü (850 tl altı) Orta (850 – 3000 tl arası) İyi (3000 tl üstü)

8. Doğum yeriniz:

9. Şu anda yaşadığınız yer:

Köy İlçe Şehir Büyükşehir

10. Psikiyatrik bir hastalık nedeniyle hastane yatışınız var mı?

Evet Hayır

11. Bugüne kadar kaç nöbet geçirdiniz?



EK-2

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin orijinalinde son 48 saate dikkat edilirken, son yıllarda yapılan pek çok çalışmada son bir hafta değerlendirmeye alınmaktadır. Tanı koyma amaçlı kullanılan bir ölçek değildir. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğuna göre 0, 1, 2, 3, 4 olarak derecelendirilmiş maddelerden birini işaretleyiniz.

1) Yükselmiş duygudurum

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

2) Hareket ve enerji artışı

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

3) Cinsel İlgi

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. Hastalarda 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 imkânsız

6) Konuşma hızı ve miktarı

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

7) Düşünce yapı bozukluğu

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

8) Düşünce içeriği

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

9) Yıkıcı - Saldırgan Davranış

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

10) Dış görünüm

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

11) İçgörü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor.
1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarında 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

EK-3

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği 14 maddeden oluşmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğuna göre 0, 1, 2, 3, 4 olarak derecelendirilmiş maddelerden birini işaretleyiniz.

0. Yok
1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir.)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapaside durumuna getirici)

1. ANKSİYETELİ MİZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite.	0	1	2	3	4
2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4.UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyandığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.	0	1	2	3	4
5.ENTELLEKTÜEL(Kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4
6.DEPRESİF MİZAÇ: İlgı yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.	0	1	2	3	4
7.BEDENSEL(Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu.	0	1	2	3	4

8.SOMATİK(Duygusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklılığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.	0	1	2	3	4
9. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.	0	1	2	3	4
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.	0	1	2	3	4
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR : Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
12.GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.	0	1	2	3	4

EK-4

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her madde o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dâhil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1.

0. Kendimi üzgün hissetmiyorum
1. Kendimi üzgün hissediyorum
2. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
3. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum

2.

0. Gelecekte umutsuz değilim
1. Gelecek konusunda umutsuzum
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
3. Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek

3.

0. Kendimi rahatsız görmüyorum
1. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır
2. Geriye dönüp baktığımda pek çok başarısızlıklarım olduğunu görüyorum
3. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum

4.

0. Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum
1. Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum
2. Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum
3. Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı

5.

0. Kendimi suçlu hissetmiyorum
1. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor
2. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
3. Kendimi her an için suçlu hissediyorum

6.

0. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim
1. Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim
2. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum
3. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum

7.

0. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım
1. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım
2. Kendimden hiç hoşlanmıyorum
3. Kendimden nefret ediyorum

8.

0. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum
1. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
2. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum
3. Her kötü olayda kendimi suçluyorum

9.

0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
1. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam
2. Kendimi öldürmeyi çok isterdim
3. Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm

10.

0. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum
1. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum
2. Şimdilerde her an ağlıyorum
3. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum

11.

0. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam
1. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim
2. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim
3. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim

12.

0. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
1. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim
2. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
3. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı

13.

0. Eskisi kadar rahat ve kolay kararlar verebiliyorum
1. Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum
2. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum
3. Artık hiç karar veremiyorum

14.

0. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum
1. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum
2. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum
3. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum

15.

0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
1. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum
2. Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
3. Hiç çalışmıyorum

16.

0. Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum
1. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum
2. Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum
3. Eskisine göre daha erken uyanıyor ve uyuyamıyorum

17.

0. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum
1. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum
2. Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum
3. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum

18.

0. İştahım eskisinden pek farklı değil
1. İştahım eskisi kadar iyi değil
2. Şimdilerde iştahım epey kötü
3. Artık hiç iştahım yok

19.

0. Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum
1. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim
2. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim
3. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim

20.

0. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
1. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var
2. Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri dūřünmek zor geliyor
3. Bu tūr sıkıntılar beni öylesine endiřelendiriyor ki artık bařka řeyleri dūřünemiyorum

21.

0. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok
1. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
2. şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
3. Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı