

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUKTA KOMORBİD
ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE YAŞAM KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Gülsev YILMAZ

Psikiyatri Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR

2007

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUKTA KOMORBİD
ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE YAŞAM KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Gülsev YILMAZ

Psikiyatri Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŐMANI
Doç.Dr.Atila EROL

ESKİŞEHİR
2007

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,**

Dr.Gülsev YILMAZ'a ait "Bipolar Affektif Bozuklukta Komorbid Anksiyete Bozuklukları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması" adlı çalışma, jürümüz tarafından Psikiyatri Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:16/04/2007

Jüri Başkanı	Prof.Dr.Cem KAPTANOĞLU Psikiyatri Anabilim Dalı	İmza
Üye	Doç.Dr.Gökay AKSARAY Psikiyatri Anabilim Dalı	İmza
Üye	Doç.Dr.Atila EROL Psikiyatri Anabilim Dalı	İmza

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof.Dr.Erol GÖKTÜRK
Dekan

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde büyük emeği geçen, eğitimimin her aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof.Dr.Cem KAPTANOĞLU'na, tez danışmanım olarak çalışmamın her aşamasında emeği ve katkısı olan değerli hocam Doç.Dr.Atila EROL'a, eğitim sürecimde her zaman ilgi, destek ve anlayışlarını gördüğüm değerli hocalarım Prof.Dr.Gölten SEBER'e, Doç.Dr.Gökay AKSARAY'a, Yrd.Doç.Dr.ınar YENİLMEZ'e, Uzm.Dr.Gölcan GÜLEÇ'e teşekkür ederim.

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, sıcak ve huzurlu bir çalışma ortamı yaratan araştırma görevlisi arkadaşlarıma, tüm Psikiyatri Anabilim Dalı çalışanlarına teşekkür ederim.

Ayrıca, tüm hayatım boyunca sevgi ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim canım annem, babam ve kardeşlerime ve sevgili eşim Dr. Erdal YAVUZ'a sonsuz sevgi ve şükranlarımı sunarım.

ÖZET

Yılmaz, G. Bipolar Affektif Bozuklukta komorbid anksiyete bozuklukları ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2007. Bipolar bozukluk hastalarında anksiyete bozukluğu ek tanısı sık görülür. Bu çalışmada Bipolar bozukluk hastalarında anksiyete bozukluğu ek tanı oranları, sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi ve bipolar bozukluk hastalarının subjektif yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. DSM-IV tanı ölçütlerine göre bipolar affektif bozukluk I tanısı konmuş remisyon dönemindeki 100 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılara araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik veri formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi SCID-I, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda bipolar I bozukluk hastalarında % 62 oranında şu anda ya da yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanısı saptandı. Anksiyete bozukluğu ek tanısı alanlarda en az bir anksiyete bozukluğu %53.2, birden çok anksiyete bozukluğu % 46.8 oranında bulundu. Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan bipolar bozukluklu hastalarda bulunan yaşam boyu anksiyete bozuklukları oranları sırasıyla % 25.8 OKB, %19.4 panik bozukluk,% 17.7 sosyal fobi,% 16.1 özgül fobi,% 14.5 YAB, %12.9 TSSB olarak saptandı. Anksiyete bozukluğu ek tanısı saptanan bipolar bozukluk hastalarında hastalık başlama yaşı, hastaneye yatış, intihar girişimi, depresif ve manik atak sıklığı, alkol kötüye kullanımı gibi klinik özelliklerde anlamlı farklılık saptanmadı. Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan bipolar bozukluk hastalarında yaşam kalitelerinde belirgin azalma saptandı.

Anahtar kelimeler: bipolar affektif bozukluk, anksiyete bozukluğu, yaşam kalitesi, ek tanı

ABSTRACT

Yılmaz, G. Comorbid anxiety disorders in bipolar affective disorder and their affect on the quality of life. Eskisehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Medical Speciality Thesis in Department of Psychiatry, Eskişehir, 2007. Anxiety disorders as a comorbid diagnosis in bipolar affective disorder patients are common. In this study it is aimed to explore the rate of anxiety disorders in bipolar affective patients, their correlation with socio- demographic and clinic features and the influence of them on the subjective life quality of patients. A hundred patients who have been diagnosed as having bipolar affective disorder according to DSM-IV and in the remission have participated to study. All participants have been assessed with a sociodemographic data form which developed by the author for the study, Hamilton Depression Rating Scale, Young Mania Rating Scale, The Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR (SCID), State-Trait Anxiety Inventory for Adults and Quality Of Life scale shortened form 36. The rate of comorbid anxiety disorder in bipolar I affective disorder patients is determined to be %62. The participants who have been diagnosed to have anxiety disorder have been determined to have one anxiety disorder diagnosis (%53.2) or more than one diagnosis (%46.8). the anxiety disorders diagnosed in bipolar I affective disorder patients When written in the prevalence order are %25.8 obsessive compulsive disorder, %19,4 panic disorder, %17.7 social phobia, %16.1 specific phobia, %14.5 general anxiety, %12.9 posttraumatic stress disorder. The patients having anxiety disorder comorbid diagnosis (when compared with controls or in between different anxiety disorder groups) have not show significant difference in the age diagnosis made, number of hospitalizations, presence and number of suicide attempts, frequency of depression or mania periods and presence of alcohol abuse. Anxiety disorder comorbid diagnoses have been ascertained to have diminished the quality of life of suffering bipolar I affective disorder patients. As a result the anxiety disorders are common comorbid diagnosis in bipolar I affective disorder and have great impact on patients' life as they lower the quality of life of the patients.

Keywords: bipolar affective disorder, anxiety disorders, quality of life, comorbidity

İÇİNDEKİLER

	sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Bipolar Affektif Bozukluk	2
2.1.1 Tanım	2
2.1.2 Tarihçe	2
2.1.3 Epidemiyoloji	3
2.1.4 Etiyoloji	4
2.1.5 Klinik Özellikler	8
2.1.6 Ayırıcı Tanı	8
2.1.7 Seyir ve Sonlanım	9
2.2 Anksiyete Bozukluğu Ek Tanısı	10
2.2.1 Panik Bozukluk Ek Tanısı	11
2.2.2 Obsesif Kompulsif Bozukluk Ek Tanısı	12
2.2.3 Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ek Tanısı	15
2.2.4 Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ek Tanısı	15
2.2.5 Sosyal Fobi Ek Tanısı	16
2.2.6 Bipolar Bozukluk ve Anksiyete Bozukluğu Birlikteliğini Açıklamaya Yönelik Model Önerileri	16
2.3 Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1 Örneklem	20

3.2 Çalışmanın Aşamaları	20
3.3 Veri Toplama Araçları	21
3.3.1.Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu	21
3.3.2.DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu	21
3.3.3.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	22
3.3.4.Young Mani Derecelendirme Ölçeği	22
3.3.5.Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği	22
3.3.6.Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36	23
3.4.İstatistik Değerlendirme	23
4.BULGULAR	24
5.TARTIŞMA	34
6.SONUÇLAR	42
KAYNAKLAR	44
EKLER	
EK 1: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu	
EK 2: DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu	
EK 3: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36	
EK 4: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	
EK 5: Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği	
EK 6: Young Mani Derecelendirme Ölçeği	

KISALTMALAR DİZİNİ

- AB:** Anksiyete Bozukluğu
- ADHD:**Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
- BAB:** Bipolar Affektif Bozukluk
- HDDÖ:** Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
- OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk
- PB:** Panik Bozukluk
- ÖF:** Özgöl Fobi
- SCID I:** DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi
- SF:** Sosyal Fobi
- STAI:** Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği
- TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- YAB:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- YMDÖ:** Young Mani Derecelendirme Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil.4.1.BAB Hastalarında Saptanan AB Ek Tanı Oranları

30

TABLolar DİZİNİ

Tablo.4.1.Bipolar Bozukluk Hastalarında AB Ek Tanı Dağılımı	24
Tablo.4.2.BAB Hastalarında AB Ek Tanısı Konulan ve Konulmayan Hastaların Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim Durumu ve Gelir Düzeyi Özelliklerinin Karşılaştırılması	26
Tablo.4.3.BAB'ta AB Ek Tanısı Konulan ve Konulmayan Hastaların Meslek, Çalışma Durumu, Yaşanılan Yer ve Birlikte Yaşadığı Kişiler Açısından Karşılaştırılması	28
Tablo.4.4.BAB'ta AB Ek Tanısı Konulan ve Konulmayan Hastaların Klinik Özellikleri Karşılaştırılması	29
Tablo.4.5.En Az Bir AB Ek Tanısı Konulan ve Birden Çok AB Ek Tanısı Saptanan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması	31
Tablo.4.6.BAB Hastalarında AB Ek Tanısı Konulan ve Konulmayan Hastaların STAI ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılması	32

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar Affektif Bozukluk(BAB), bir veya daha fazla manik ya da mikst atakla seyreden, birlikte major depresif atakların da eşlik edebileceği bir duygudurum bozukluğudur. Son yıllarda artan sayıda çalışmalar bipolar bozukluk ile anksiyete bozukluklarının yüksek oranda birliktelik gösterdiklerini bildirmektedir. Bu hastaların büyük bir bölümünde birden fazla anksiyete bozukluğu ek tanısı bulunmaktadır. Bu durum, hastalığın belirti örüntüsünü değiştirerek tanınmasını güçleştirmekte, genel psikopatolojide önemli bir artışa neden olmakta, prognozu ve tedaviye yanıtı olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan bipolar hastalarda intihar riskinin arttığı, yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilendiği öne sürülmüştür. Çalışmamızda, Bipolar bozukluk hastalarında anksiyete bozukluğu ek tanı oranları, anksiyete bozukluğu ek tanısının bipolar bozukluğun klinik belirtilerine, alkol madde kullanımına ve hastaların subjektif yaşam kalitesine olan etkileri araştırılmıştır.

Çalışmanın Hipotezleri :

1- Bipolar bozukluk hastalarında anksiyete bozukluğu ek tanı oranları yüksektir.

2-Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan bipolar bozukluk hastalarında birden fazla anksiyete bozukluğu ek tanısı sıktır.

3-Bipolar bozukluk hastalarında şu anda ya da yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanısının varlığı bipolar bozukluğun belirti ve bulgularının şiddetini artırır.

4-Bipolar bozukluk hastalarında şu anda ya da yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanı alanlarda hastanede alkol kötüye kullanımı oranı anksiyete bozukluğu ek tanısı olmayanlara oranla daha fazladır.

5-Bipolar bozukluk hastalarında şu anda ya da yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanısının varlığı yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Bipolar Affektif Bozukluk

2.1.1.Tanım

Bipolar Affektif Bozukluk (iki uçlu bozukluk), belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma (mikst) ataklarla giden ve ataklar arasında kişinin tamamen sağlıklı duygu durumu haline (ötimi) dönebildiği kronik seyirli duygulanım bozukluğunu tanımlar(1).

2.1.2.Tarihçe

Duygudurum bozukluklarına ilişkin gözlemler, insanlık tarihi boyunca, değişik çağlarda, değişik toplumlarda, çeşitli mitolojilerde, eski ve semavi dinlerde yer almıştır. Hipokrat (M.Ö. 460-377) insanın duygu durumu ile beden sıvıları arasında bağlantı kurmuş, hafif kanlı mizaç, ağır kanlı mizaç, kara sevdalı mizaç ve sinirli mizaç olarak birbirinden farklı dört mizaç (duygudurum) tanımlamıştır. Hipokrat “kara safra” anlamına gelen melankoli terimiyle de, karaciğer ve safra yollarındaki bozukluklardan kaynaklanan durgunluk, ilgisizlik, isteksizlik, uykusuzluk, kaygı, yetersizlik ve intihar düşünceleriyle ortaya çıkan bir hastalık tablosu tanımlamıştır(2).

Daha sonraları Galenos da etkisini on sekizinci yüzyıla dek sürdürmüş olan “beden sıvıları kuramı”nı ortaya atmıştır. Kurama göre insan bedeni kan, balgam, sarı ve kara safra olmak üzere dört beden sıvısından oluşmuştur. Sıvıların herhangi birinin miktarındaki artma sıvı dengesizliğine yol açarak hastalığa yol açacaktır. Örneğin, depresyon ve melankoli kara safranın aşırılığına bağlıdır(3).

19. yüzyılda, hastanede yatan hastalarla ilgili gözlemler, bazı psikotik hastaların diğerlerinden farklı olarak kendiliğinden iyileşmeler gösterdiğini ve hastalıkların periyotlarla ortaya çıktığını göstermiştir. 1840 yılında Esquirol, depresyon ve maninin kronik akıl hastalıklarından farklı olduğunu ortaya koymuştur(2). Baillarger ve Falret, 1851 yılında, Fransa’da birbirlerinden ayrı olarak, mani ve melankoli klinik tablolarını gösteren birdenbire başlayan hastalıkları, aynı hastalığın iki değişik görünümü olarak kabul etmişlerdir. Nöbet nöbet gelen bu hastalığa, Baillarger “*folie a double forme*”, Falret “*folie circulaire*”

adını vermiştir(2). 1895 yılında Kraepelin, manik-depresif hastalığı tanımlayarak, bu hastalık için üç önemli tanı ölçütü olarak; depresyon ya da öfori tarzında yoğun emosyonel tonus, daha önceki sağlıklı işlevselliğe geri dönebilme özelliği, hastanın yaşamı boyunca tekrarlayan bir çok atak yaşaması özelliklerini öne sürmüştür(1).

1960'lı yıllarda manik ve depresif ataklarla giden bipolar bozukluk ve sadece depresif yada sadece manik ataklarla giden monopolar bozukluk olmak üzere iki alt gruba bölünmüştür. Daha sonraları sadece depresif epizotlarla giden hastalar unipolar olarak adlandırılmıştır. 1980 yılında DSM III sınıflama sisteminin kullanıma girmesiyle “affektif bozukluklar” tanımı kabul edilmiş ve temel ayırım major depresyon ve bipolar bozukluk(BAB) arasında yapılmıştır(1).

DSM III-R(1987) sınıflandırmasında “duygu durumu bozuklukları” terimi tercih edilmiştir. 1994'te DSM-IV sınıflandırmasında dört tip bipolar bozukluk; bipolar I, bipolar II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk yer almıştır. 2000 yılında kullanıma giren DSM-IV-TR sınıflandırmasında ek olarak genel tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağlı duygu durumu bozukluğu vardır(1).

2.1.3.Epidemiyoloji

Bipolar Affektif Bozukluk önemli ölçüde morbidite ve mortaliteye yol açan ciddi bir hastalıktır. Bipolar I bozukluk, erişkin populasyonun ortalama %0.8'ini etkiler. Bu oran, toplum örneklerinde %0.4-1.6 arasında değişmektedir(4-6). Kültürel ve etnik gruplar arasında fark yoktur(4). Bipolar II bozukluk, toplumun %0.5'ini etkiler ve siklotimi içinde oran %0.4-1 olarak bildirilmiştir(4,7).

Bipolar Affektif Bozuklukta başlama yaşı 15-19 yaşları arasında pik yapar, bunu 20-24 yaş arası dönem izler. İlk başlangıç yaşıyla ilk tedavi veya hastaneye yatma yaşı arasında 5 ile 10 yıllık bir süre vardır(8,9). 15 yaş öncesi mani hakkında daha az çalışma vardır. Bu grupta bipolar bozukluk tanısını belirlemenin, atipik özellikleri ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu(ADHD) ile birlikteliği yüzünden zor olduğu bildirilmiştir(10,11). Maninin 60 yaşından sonra ortaya çıkışı ailesel öykü ile değil büyük oranda stroke ve diğer santral sinir sistemi hastalıkları gibi genel tıbbi durumlarla ilgili olarak bulunmuştur(12).

Bipolar II bozukluk, kadınlarda belirgin şekilde fazla görülmeyle birlikte bipolar I bozukluğun görülme sıklığı her iki cinste de eşittir(13). Bipolar bozukluk

tanılı kadınların, erkeklere oranla depresif ve mikst epizot geliştirme olasılıkları daha yüksek bulunmaktadır. Kadının erkeğe oranla depresif semptomlar geliştirme riskinin daha yüksek olduğu ve bu farkın, hastalığın etiyolojisindeki biyolojik faktörlerle ilişkisi üzerinde durulmuştur(13).

Hızlı döngülülük, iki uçlu bozuklukların %5-15'ini kapsamakta ve %70-90'ı kadınlarda ortaya çıkmaktadır. İlk epizodun erkeklerde mani, kadınlarda depresyon olarak ortaya çıkmasının daha sık olduğu bildirilmiştir(14).

Bipolar Affektif Bozukluklu hastaların birinci derece akrabalarında hem iki uçlu bozukluk, hem de diğer duygudurum bozuklukları görülme sıklığı artmış olarak bulunmuştur(15). Bir çalışmada, iki uçlu bozukluk hastalarının çocuklarında iki uçlu bozukluk riski %13, tek uçlu depresyon riski %15 ve şizoaffektif bozukluk riski %1 olarak bulunmuştur(16).

Bipolar Affektif Bozukluğun, kişinin evliliğini, mesleki yaşantısını ve yaşamının istisnasız her yönünü etkilediği, şiddetli ve oldukça kalıcı bozukluklara yol açtığı ileri sürülmüştür(17). Coryell ve arkadaşları(17), 6 sene boyunca izledikleri 148 bipolar hastayı normal kontrollerle karşılaştırdıklarında anlamlı olarak farklı bir şekilde eğitimlerini ve mesleki durumlarını iletmediklerini ve izlemin son senesinde anlamlı oranda daha fazla işsiz kaldıklarını görmüşlerdir. Yaş olarak normal kontrollerle eşleşmiş olmalarına rağmen, evlenme oranları yarı yarıya düşük, evli olanlarda boşanma ve ayrılma oranları iki kat yüksek bulunmuştur. Kişiler arası ilişkiler, cinsel işlevler, eğlenme – dinlenme uğraşları ve hayattan genel tatmin açlarından da kontrollere göre daha kötü durumda oldukları bildirilmiştir.

Düşük sosyoekonomik sınıflarda daha sık görülen unipolar depresyonun aksine, bipolar epizotlar, sosyal sınıfla daha az ilgili bulunmuştur(1). Fakat bazı çalışmalarda BAB'nun yüksek sosyal sınıflarda daha sık görüldüğü de bildirilmiştir(5).

2.1.4.Etiyoloji

Biyolojik ve psikososyal etkenler, birbirleri ile etkileşerek duygulanım bozukluklarına neden olurlar. BAB'nda, öncelikle başlangıçta, psikososyal etkenler hastalığın ortaya çıkmasında belirgin etken olarak yorumlansa da, zamanla birçok hastada nöbetlerin açık psikososyal etken olmaksızın kendiliğinden ortaya çıkabildiği

görülmüş, manide ve yineleyici ağır çökkünlüklerde biyolojik etkenlerin daha büyük rol oynadığı ileri sürülmüştür(18).

Biyolojik Nedenler

Duygudurum bozukluklarının gelişmesinde güçlü biçimde anlamlı bir genetik faktörün varlığına işaret eden aile çalışmalarında, BAB tanılı hastaların birinci derece akrabalarının, kontrol deneklerinin birinci derece akrabalarına kıyasla 8-18 kat daha fazla BAB'na sahip oldukları bildirilmiştir(19). Eğer bir ebeveyn BAB I'e sahipse, herhangi bir çocuğunda bir duygudurum bozukluğu olma olasılığı %25, eğer her iki ebeveyn de hastaysa çocuklarının bir duygudurum bozukluğuna sahip olma olasılığı %50-75 olarak bildirilmiştir. BAB I için varolan tek evlat edinme çalışması da genetik bir temeli göstermiş ve yapılan ikiz çalışmaları ile monozigot ikizlerde BAB I için eş hastalanma oranının %33-90 olduğu saptanmıştır(19). Moleküler biyoloji çalışmalarında; 5., 11., 18. ve X kromozom ile BAB I arasında bazı ilişkiler bildirilmişse de belli bir gen ile BAB'nun ilişkisi ortaya konamamıştır. Araştırmalarda bozukluğun polimorfik, poligenik ve multifaktöryel bir kalıtım ile genetik geçiş gösterdiği ileri sürülmüştür(19,20).

Biyokimyasal çalışmalar, daha çok biyojenik aminler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Patofizyolojide norepinefrin ve serotoninden daha çok bahsedilmiştir(19). Beta adrenerjik reseptörlerin down regülasyonu ile klinik antidepresan yanıt arasındaki korelasyonun olasılıkla depresyonda noradrenerjik sistemin doğrudan rolüne işaret ettiği öne sürülmüştür(19). Serotoninin azalması, depresyonu tetikleyebileceği ve özkıyımaya ilişkin impulsları olan bazı hastalarda düşük BOS serotonin metabolitleri ve düşük trombosit serotonin geri alım bölgeleri konsantrasyonu saptandığı bildirilmiştir(19).

Depresyon patofizyolojisine en sık eşlik eden biyojenik aminler norepinefrin ve serotonin olsa da, dopaminin de rol aldığı kuramsal olarak kabul edilmiştir. Veriler, depresyonda dopamin aktivitesinin azaldığını, manide ise arttığını düşündürmektedir(19). Dopamin ve depresyon hakkında iki yeni kuramda depresyonda mezolimbik dopamin yolağının disfonksiyonel olabileceği ve dopamin D1 reseptörünün depresyonda hipoaktif olabileceği bildirilmiştir(19). Özellikle vazopressin ve endojen opiatlar gibi nöroaktif peptidlerin ve gamma aminobutirik asit gibi aminoasit nörotransmitterlerin duygudurum bozukluklarında etkili

olabileceği bulunmuştur. Bazı araştırmacılar, ikincil mesaj taşıyıcı sistemlerin adenilat siklaz, fosfatidilinositol ve kalsiyum düzenlenmesinin nedensel ilişkili olabileceğini öne sürmüşlerdir(19).

Depresyonda sodyum birikiminin, potasyum ve su atılımının arttığı, manik dönemlerde ise bunun tersi bir durumun gözleendiği, MAO ve COMT işlevlerinde de değişiklikler bulunduğu gösterilmiştir(21). BAB'nda, G proteini işlevlerindeki değişikliklerin patofizyolojik açıdan önemli olduğu, tedavi edilmeyen manik olgularda G proteini işlevlerinde artma bulunduğu saptanmıştır. Lityumun G proteini işlevlerini azalttığı gösterilmiştir(21).

Duygudurum bozukluğu olan hastalarda melatonin noktürnal sekresyonunun düşüklüğü, follükül stimulan hormonun bazal salınımının ve erkeklerde testosteron seviyesinin düşüklüğü, yükselmiş kortizol düzeyleri gibi nöroendokrin düzensizlikler bildirilmiştir(19).

Bipolar bozuklukta klinik belirti vermeyen hipotalamo-pitüiter-tiroid eksen bozukluklarının daha sık olup, hızlı döngülü olgularda subklinik hipotiroidinin daha çok görüldüğü saptanmıştır(1,19).

Şizofrenisi olan hastalar ve normal kişilere kıyasla depresyonda, beyin omurilik sıvısında somatostatin düzeylerinin daha düşük olduğu ve manide yükseldiği bildirilmiştir(19).

Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme ile yapılan yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında, bipolar bozuklukta serebral ventrikül hacminde genişleme, amigdala hacminde artış, singulat korteksin hacminde ve glial hücrelerinde azalma, bazal gangliada hiperintens lezyon artışı, hipokampal alandaki hücre gruplarında atrofi ve yoğunluk azalması izlendiği bildirilmiştir(1,19,22).

Psikososyal Nedenler

Duygudurum bozukluklarının ilk dönemlerine, sıklıkla stres verici yaşam olaylarının öncülük ettiği klinik gözlemleri bildirilmiştir. Bu gözlemi açıklamak için öne sürülen duyarlılaşma modeli ile ilk döneme eşlik eden stresin beyin biyolojisinde uzun süreli değişikliklere yol açtığı saptanmıştır(19,23). İlk nöbeti tetikleyen yaşam olaylarının çoğunun özgül olmadığı, biyolojik ve ruhsal yatkınlık olduğunda rahatsızlığın başlamasında önemli etken oldukları bildirilmiştir(18).

Psikodinamik Faktörler

Freud tarafından betimlenmiş ve Karl Abraham tarafından da genişletilmiş klasik depresyon görüşü dört anahtar noktayı içerir: Oral evrede bebek anne ilişkisinin bozulması depresyona yatkınlığı artırabilir. Depresyon gerçek ya da hayali nesne kaybı ile ilişkilendirilebilir. Nesne kaybı ile bağlantılı distresle baş etmek üzere ayrılan nesnelerin introjeksiyonu, devreye giren bir savunma düzeneğidir. Kayıp nesne sevgi ve nefretin bir karışımı olarak dikkate alındığından, öfke duyguları kişinin kendi içine yönlendirilmiştir. Melanie Klein depresyonu, Freud'un yaptığı gibi sevilen kişilere karşı agresyonun ekspresyonu olarak algılamıştır(19).

Mani ile ilgili kuramların çoğu, manik dönemleri alta yatan depresyona karşı bir savunma olarak görür. Karl Abraham manik dönemlerin, gelişimsel bir trajediyi tolere etme yetisi yokluğunu yansıtıyor olabileceğine inanır. Bertram Lewin, manik hastanın egosunu, cinsellik gibi zevkli uyaranlar ya da agresyon gibi korkulan uyaranlar tarafından ezilmiş olarak ele almıştır. Klein da kişinin büyüklük sanrılarını geliştirdiği omnipotans gibi manik savunmaları maninin, depresyona karşı bir savunma tepkisi olarak görmüştür(19).

Bilişsel Kuram

Beck tarafından geliştirilmiş olan bilişsel görüşe göre depresyon, temelde bir duygulanım bozukluğu değil, bilişsel bir bozukluktur. Duygulanım bozukluğu buna ikincil gelişir. Bilişsel görüşe göre depresyona yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı yerleşmiş olumsuz kavramlar vardır(18).

Davranışçı Görüş

Depresyonun öğrenilmiş çaresizlik kuramı, kontrol edilemeyen yaşantıları depresif fenomene bağlar. Bir laboratuardaki köpekler kaçamayacakları elektrik şokuyla karşılaştıktan sonra, yeni bir öğrenme durumuna konulduklarında bir engeli geçerek elektrik akımını durduramazlar. Bu görüşe göre depresyon, çocukluktan beri acılı uyaranlarla karşılaşmış, bunlardan kaçmayı kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur(18,19).

2.1.5.Klinik Özellikler

BAB, DSM-IV'te duygudurum bozuklukları ana başlığı altında yer alır(24). Manisi olan hastalar canlıdır, konuşkandır, bazen eğlendirici ve güldürücüdür. Manik dönemin temel belirtileri yükselmiş, kabarmış veya iritabl duygudurumdur. Sıklıkla hastanın baskın duygudurumu hastalığın gidişinin erken dönemlerinde öforik iken ilerleyen dönemde iritabl olur. Hafif manik olgular öfori, fikir uçuşmaları, fiziksel etkinlikte ve konuşmada artış, uyku gereksiniminde azalma ve grandiosite gösterirler. Hastaların konuşması araya girip kesilemez, mani yoğunlaştıkça konuşma yüksek sesle, çok daha hızlı ve bölünmesi çok daha zor hale gelir. Hastanın etkin hali yükseldikçe, konuşma, şaka, sözcükler üzerinde oyunlar ve konu dışı yandan yanıtlarla dolmaya başlar. Etkinlik seviyesi ilerlemeye devam ederse çağrışımlar kopar, konsantrasyon azalır, fikir uçuşmalarına yol açar. Hareket ve enerji düzeyi artmıştır, hiperseksüalite gözlenir, benlik saygısında artmaya bağlı büyüklük ve olağandışı güçlülük duygusu izlenir. Bazen büyüklük düşünceleri sanrısız nitelik kazanır. Perseküsyon ve büyüklük sanrıları, varsanılar, referans fikirleri görülebilir. Sonuçlarını düşünmeden tehlikeli işlere girebilirler, aşırı alışveriş olasıdır. Hastanın davranışları impulsif ve aynı zamanda tutkulu ve amaca dönüktür (1,18,19).

Depresif duygudurum ve isteğin kaybolması depresyonun anahtar belirtileridir. Benlik saygısında azalma, çaresizlik duygusu sıktır. Bazı olgularda önde gelen belirti anksiyete olabilir. İştah ve kilo değişiklikleri, uykuya dalmada ve sürdürmede güçlük, sabahları erken uyanma, letarji ve enerji düzeyinde azalma, libido azlığı sıktır. Olguların çoğunda psikomotor retardasyon gözlenir, hareketler yavaşlamış ve azalmıştır, konuşmaları fakir ve tekdüzedir. Depresyonu olan hastaların yaklaşık 2/3'ünde özkıyım düşünceleri vardır ve %10-15'i bunu dener. İritabilite, depresyondaki temel belirtilerden birisidir. Değersizlik, suçluluk, hastalık, ölüm ve cezalandırma ile ilgili düşünceler ve paranoid düşünceler gibi psikotik belirtiler sıktır. Genellikle duygudurumla uyumlu sanrı ve varsanılar gözlenebilir(1,18,19).

2.1.6.Ayırıcı Tam

Manik dönemi klinik olarak şizofreniden ayırmak güçtür. Duygudurumun neşeli, bulaşıcı ve yükselmiş olması, hızlı ve basınçlı konuşma ve hiperaktivitenin birlikte görülmesi, mani tanısını daha çok düşündürür. Duygudurum bozukluğu için aile öyküsünün olması, işlevselliğin ara dönemlerde daha iyi oluşu, ayırıcı tanıda önemli bir fark olarak bildirilmiştir(19,21).

Kafa travmaları, enfeksiyonlar, ağır karaciğer yetmezliği, hipertiroidi, beyin tümörleri ve amfetamin, steroid, meskalin, bazı tüberküloz ilaçlarının entoksikasyonlarında mani ile karışabilecek tablolar görülebildiği bildirilmiştir. Deliryum durumlarında bilinç, yönelim ve algı bozukluğu baskındır. Manide bilinç, yönelim ve algı bozukluğu genellikle saptanmamıştır(18).

Çocukta bipolar bozukluk tanısının, ADHD ve karşı olma karşı gelme bozukluğu ile karışabileceği, hastalara ADHD olarak yanlış tanı konulup stimülan ilaç verilmesinin mani atağı tetikleyebileceği bildirilmiştir. Kesin tanı için aile öyküsü ve mani epizodun izlenmesi gerektiği belirtilmiştir(1,18,25-27).

Ayırıcı tanıda akla gelmesi gereken diğer bir durumun da kişilik bozuklukları olduğu, karma ya da disforik atak geçiren bipolar hastaların bir kısmının yanlışlıkla sınırlı kişilik bozukluğu tanısı alabileceği bildirilmiştir(18,19).

2.1.7.Seyir ve Sonlanım

Bipolar bozukluğun epizodik ve yineleyici bir gidiş gösterdiği, epizot sayısı arttıkça döngü uzunluğunun kısalma eğilimi gösterdiği bildirilmiştir. Geç yaş başlangıçlı olgularda, döngü uzunluğunun daha kısa olma eğilimi, olguların %34-79'unda ilk epizodun mani olduğu, ilk epizodun erkekte mani, kadında depresyon şeklinde ortaya çıkmasının daha sık olduğu bildirilmiştir. Erkeklerde mani ve depresif epizotların yıllar içerisinde aşağı yukarı eşit kalma özelliğine karşılık, kadınlarda depresif epizotların baskın olduğu belirtilmiştir(7).

Erken başlangıçlı bipolar bozukluğu olan hastaların genellikle ilk mani epizodundan önce birkaç depresyon epizodu geçirdiği bildirilmiştir(28). İlk epizottan sonra kadınlarda rekürrens daha sık olduğu ve ileri yaştaki kadınlarda gençlere oranla rekürrens riskinin yüksek olduğu öne sürülmüştür. Tüm epizotlar değerlendirildiğinde hastalık başlangıcının erken yaşta olmasının rekürrens riskini artırdığı belirtilmiştir(29).

Hızlı döngünün kadınlarda, ultra hızlı döngünün erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Hızlı döngü olma özelliğinin, olguların %80'inin başlangıç döneminde olmadığı, ilerleyen yıllarda artışın antidepresan kullanımı gibi ilaç etkileri ile de bağlantılı olabileceği ileri sürülmüştür(7).

1-4 yıl süreyle yapılan izlem çalışmalarında hastalık öncesi kötü iş yaşantısı, alkol bağımlılığı, psikotik özellikler, depresif özellikler, dönemler arası depresif özellikler, erkek olma zayıf prognostik belirteçler olarak saptanmıştır(19). Manik dönemlerin süresinin kısa olması, başlangıç yaşının ileri olması, özkıyım düşüncelerinin az olması, eşlik eden psikiyatrik veya tıbbi sorunların az olması iyi prognoz göstergesi olarak belirtilmiştir(19).

Hastaların %7'sinin tam iyileştiği, %45'inin birden fazla dönem geçirdiği ve %40'ının süreğenleştiği, ortalama manik dönem sayısı dokuz olmasına karşın hastaların 2-30 manik dönem yaşayabildiği bildirilmiştir(19).

Gitlin ve arkadaşları(30), sık aralıklarla izleyerek, ataklar arasındaki belirtileri derecelendirdikleri çalışmalarında, bu dönemlerdeki belirti düzeyinin psikososyal işlev düzeyi ile atak sayısından daha fazla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Sendromal düzeye ulaşmayan eşik altı belirtilerin psikososyal sonlanışı etkilediği, bu dönemlerdeki kalıntı belirtilerin önemli prognostik rolü olduğu bildirilmiştir(30,31).

2.2.Anksiyete Bozukluğu Ek Tanısı

Major depresyon ile anksiyete bozuklukları(AB) arasında, klinik ve fenomenolojik açıdan belirgin bir ilişki olduğu uzun zamandan beri bildirilmiştir(32,33). Diğer bir duygudurum bozukluğu olan bipolar bozukluk ile anksiyete bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştıran öncü çalışmalardan biri Amerika Birleşik Devletlerinde yürütülen ECA çalışmasında, panik bozukluğu ek tanısının BAB olan hastalarda, unipolar bozukluğu olan hastalara göre daha yüksek oranlarda bulunduğu bildirilmiştir(34). İzleyen yıllarda, yapılan çalışmalarda BAB ve anksiyete bozuklukları arasındaki birlikteliğin oldukça yaygın olduğu ve anksiyete bozukluğu görülme sıklığının, genel topluma göre BAB hastalarında daha yüksek oranda bulunduğu dikkat çekilmiştir(32,35-39).

BAB ve anksiyete bozukluğu birlikteliğinin tanınmasının hastalara doğru tanı konulmasında ve uygun tedavi yaklaşımlarının belirlenmesinde çok büyük katkısı

olduğu öne sürülmüştür. Bu birlikteliğin saptanamaması durumunda, hastalık belirtilerinin kişilik patolojisi olarak yorumlanabileceği, karma dönemlerin tanınmasında güçlük çekileceği ve tedaviye yanıtızlığa neden olabileceği bildirilmiştir(32,40).

BAB'na eşlik eden anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ile ilgili farklı sonuçlar ve farklı sıralamalar bildirilmiştir(32,33). Karşılaşılan önemli sorunlardan biri, BAB olgularının büyük bir bölümünün, aynı anda birden fazla anksiyete bozukluğu tanı ölçütünü karşılaması olduğu bildirilmiştir(32,36). 288 bipolar hastanın alındığı bir çalışmada en sık görülen yaşam boyu anksiyete bozukluğunun panik bozukluk (%20) olduğu, bunu sosyal fobi(%16), özgül fobi(%10), obsesif kompulsif bozukluk(%9), TSSB (%7) ve yaygın anksiyete bozukluğunun (%3) izlediği bildirilmiştir(32,38).

2.2.1.Panik Bozukluk Ek Tanısı

Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar panik bozukluk ile BAB arasında açık bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bir çok geniş ölçekli çalışmada panik bozukluk BAB hastalarında en sık görülen anksiyete bozukluğu ek tanısı olarak saptanmıştır(32,33,38). ECA çalışmasından elde edilen verilere göre Chen ve Dilsaver(34), BAB'lu hastalarda panik bozukluğun yaşam boyu prevalansını %20.8, unipolar depresyonlu hastalarda %10 ve genel populasyonda %0.8 olarak bildirmişlerdir. BAB'lu hastalarda unipolar depresyonlu olan hasta grubuna göre 1.8 kez daha fazla ek tanı görülmüştür(34). Tersini araştıran çalışmalarda, panik bozukluk tanısı alan hastalarda normal topluma oranla daha yüksek olarak %6-21 arasında değişen oranlarda BAB olduğu bulunmuştur(32,41,42). Aile ve genetik çalışmaların sonuçları da BAB panik bozukluk ilişkisini desteklemiştir(43,46,47).

MacKinnon ve arkadaşları(43,45) hem panik bozukluğu olan hastaların ailelerinde hem de BAB olan hastaların ailelerinde, diğer bozukluğun ek tanı sıklığının normal topluma oranla daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. En az bir üyesinin bipolar bozukluklu olduğu 57 ailenin 528 üyesi incelenmiş ve 41 akrabanın %88' inin hem panik bozukluk hem BAB tanısı aldığı bildirilmiştir. Ayrıca BAB' lu birinci dereceden akrabalarda yüksek oranda panik bozukluk saptanmıştır(32,43,45). Bu bulgulara dayanarak, her iki tanının birlikte bulunduğu bu hastaların BAB'un ailesel genetik bir alt grubunu temsil edebileceği bildirilmiştir(32,33,43,47).

Öngörülen genetik alt tipte 18. kromozomun önemli bir rolü olduğu öne sürülmüştür(32,43,44). Diğer bir çalışmada panik bozukluğu olan ve olmayan BAB hastalarının katekol-o-metiltransferaz(COMT) ve serotonin taşıyıcı gen polimorfizmi yönünden farklılık taşıdığı bildirilmiştir(32,47).

Doughty ve arkadaşları(46) 109 bipolar hasta ve 226 yakını üzerinde yürüttükleri bir aile çalışmasında BAB panik bozukluk birlikteliğinin ayrı bir alt grubu ya da başka bir bozukluğu temsil ettiği görüşüne katılmadıklarını bildirmişlerdir. Tamam(32)'in da belirttiğine göre Doughty ve ark. bu konuda kesin bir sonuca varılabilmesi, BAB hastaları ve ailelerinde panik bozukluğun aktarımına katkıda bulunan düzeneklerin belirlenebilmesi ve olası gizli panik yatkınlığın ortaya çıkarılabilmesi için panik atağı kışkırtma testlerinin kullanılmasını önermişlerdir.

Dilsaver ve arkadaşları(48), 129 bipolar bozukluklu hastada en yüksek panik bozukluk oranının %62.3 ile bipolar bozukluğun depresif epizodunda ve %62.5 ile disforik manili hastalarda, en düşük oranların da %2.3 ile saf pür manili hastalarda olduğunu bildirmişlerdir.

Calabrese ve Dellucchi(49), hızlı döngülü bipolar bozukluğu olan 55 hastanın 22'sinde yani %40'ında panik bozukluk ek tanısı bulunduğunu saptamışlardır. Başka bir çalışmada ise hızlı döngülü affektif bozukluklu hastaların, hızlı döngülü olmayanlara göre panik bozukluk ek tanısı anlamlı olarak yüksek olarak bulunmuştur(50).

Feske ve arkadaşları(39), akut dönemde lityum alan 66'sı depresif ve 58'i manik ya da karma dönemde olan 124 Bipolar I bozukluklu hasta ile yaptıkları çalışmada; geçmiş ya da şimdiki AB ek tanısının remisyona ulaşamama ve %27 oranında panik bozukluk öyküsü ile anlamlı bir ilişki bildirmişlerdir(39).

2.2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk Ek Tanısı

Obsesif Kompulsif Bozukluk(OKB) ve Bipolar bozukluğun yüksek sıklıktaki birlikteliğine ilişkin ilk güçlü kanıt, ECA çalışmalarında elde edilmiştir(34). Chen ve Dilsaver(51), ECA verilerini temel alarak yaptıkları çalışmada, bipolar bozukluk tanısı konan 167, unipolar depresif bozukluk tanısı konan 796, unipolar veya BAB'ndan başka bir psikiyatrik bozukluğu olan 5659 hastayı ek tanı yönünden değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada OKB'un yaşam boyu görülme sıklığı, BAB grubunda %21, unipolar depresif bozukluk grubunda %12.2, diğer birinci eksen

bozukluğu olan grupta %5.9 bulunmuştur. Bu sonuçlar bipolar bozukluğu olan grupta OKB görülme sıklığının, unipolar depresif bozukluğu olan gruptan 1.7 kat fazla olduğunu saptamıştır. Chen ve Dilsaver'in(51) alışmalarında, OKB görülme sıklığının bipolar bozuklukta genel populyasyondan 8.1 kat, unipolar depresif bozukluk grubunda ise 4.7 kat fazla olduğunu bildirilmiştir. Bu çalışmada, duygudurum bozukluğu başlama yaşı ortalaması, bipolar bozukluk grubunda OKB'nun eşlik etmesinden etkilenmezken, unipolar depresif bozukluk grubunda OKB eşlik ettiğinde anlamlı düzeye düştüğü belirlenmiştir. OKB ile birlikte olan unipolar depresif bozukluk ve BAB hastalarında sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu ve mesleki yetersizliğin belirgin olduğu bildirilmiştir(51).

Kruger ve arkadaşları(52), DSM-III-R sınıflandırma sistemine göre bipolar bozukluk tanısı konmuş, ayaktan takip edilen 143 hastada OKB sıklığını %7 olarak bildirmişlerdir. OKB ek tanısı olan bipolar bozukluk ile OKB ek tanısı olmayan bipolar bozukluklu grup karşılaştırıldığında; intihar girişiminin ilk grupta, depresif epizot sayısının ise ikinci grupta anlamlı düzeye yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Yazarlar, OKB ve Bipolar bozukluk arasındaki ilişkinin serotonin disreglasyonuna bağlı olabileceği sonucuna varmışlardır(52).

Yapılan diğer bir çalışmada DSM-III sınıflandırma sistemine göre bipolar bozukluklu 44, unipolar bozukluklu 105 kişiden oluşan toplam 149 hastada OKB ek tanı sıklığı araştırılmış ve unipolar depresif bozukluk grubunun %35.2'sinde, BAB grubunun %35.1'inde OKB bulunduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlarla OKB sıklığının her iki grupta da genel populyasyondan yüksek olduğu, duygudurum bozukluğu ile OKB arasında patofizyolojik bir ilişki olabileceği öne srlmştir(7).

Cosoff ve Hafner(53), DSM-IV sınıflandırma sistemine göre 60 şizofrenik bozukluk, 20 şizoaffektif bozukluk ve 20 bipolar bozukluk tanısı konmuş olan toplam 100 hastada OKB, yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi sıklığını araştırmışlardır. Örnekleme grubunun %44'nde anksiyete bozukluğu bulunduğu bildirilmiştir. Bipolar bozukluk grubunun %60'ına OKB, %15'ine panik bozukluk, %5'ine sosyal fobi tanısı konulmuştur. OKB görülme sıklığının, bipolar bozukluklu kadın hastalarda, erkek hastalardan anlamlı düzeye yüksek olarak belirlendiği bildirilmiştir.

Cassano ve arkadaşları(37), DSM-III-R sınıflandırma sistemine göre 48 bipolar I bozukluk, 18 unipolar depresif bozukluk, 11 şizoaffektif bozukluk tanısı konan toplam 77 kişilik grupta OKB, panik bozukluk, sosyal fobi sıklığını araştırmış, hastaların %33.8'de bir, %14.3'de iki veya üç anksiyete bozukluğunun bulunduğunu bildirmişlerdir. Hastanede yatan ve ağır psikotik özellikleri olan Bipolar I bozukluk grubunun %22.2'sinde OKB ek tanısı bulunduğunu bildirmişlerdir. Madde kötüye kullanımı sıklığı, anksiyete bozukluğu bulunan hasta grubunda, anksiyete bozukluğu bulunmayan gruptan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu çalışmanın bulgularına göre panik bozukluğu ve OKB, bipolar bozukluk grubunda daha sık görülürken, sosyal fobi unipolar depresif bozukluğu olan hasta grubunda daha sık görülmüştür(37).

Perugi ve ark.(54), DSM-III-R'ye göre OKB tanısı konan 135 hastayı OKB'nin gidişi açısından değerlendirmişlerdir. Çalışmacılar, OKB'nin 37(%27.4) kişide epizodik, 98(%72.6) kişide kronik seyrettiğini bildirmişlerdir. Epizodik gidişli OKB'de panik bozukluğu, bipolar bozukluk ek tanı sıklığı ve kontrol kompulsyonlarının diğer gruba göre daha yaygın olduğu görülmüştür. Yazarlar, yaşam boyu duygudurum görülme sıklığının, epizodik gidişli OKB hastalarının aile üyelerinde, diğer gruptaki aile üyelerinden daha yüksek olduğunu, epizodik gidişli OKB ile bipolar bozukluk arasında etiyolojik bir ilişki olabileceğini, bu ilişkinin tedavi stratejilerinde önemli olduğunu bildirmişlerdir(54).

Strakowski ve arkadaşları(55) 33'ü manik epizod, 8'i mikst epizot nedeniyle ilk kez hastaneye yatırılan 41 hastanın %7.3'ünün DSM-III-R sınıflandırma sisteminin göre OKB tanı kriterlerini karşıladıklarını belirtmişlerdir.

Perugi ve arkadaşları(56), DSM-III-R'ye göre OKB tanısı konan ayaktan takip edilen 345 hastayı duygudurum bozukluğu ek tanısı ve bu birlikteliğin OKB kliniği ve komplikasyonları ve gidişine etkileri yönünden incelemişlerdir. Çalışmacılar, 54 (%15.7)kişide bipolar bozukluk, 121(%34.8)kişide tek epizot veya tekrarlayan depresyon ek tanısının bulunduğunu, 170 hastanın(%49.5) ise yaşamları boyunca herhangi bir duygudurum epizodu yaşamadığını bildirmişlerdir. Bipolar bozukluğun eşlik ettiği OKB'li hastalarda daha yüksek oranlarda sinsi başlangıç, epizodik gidiş, cinsel ve dinsel obsesyonlar, daha düşük oranda kontrol kompulsyonları bulunmuştur. Ek olarak panik bozukluğu ve madde kötüye

kullanımı, bipolar OKB grubunda daha fazla bulunmuştur. Yazarlar, bipolar bozukluk ek tanısının OKB'nin prognoz ve tedavi seçiminde belirleyici olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmada, unipolar depresif bozuklukla birlikte OKB'de intihar girişimi, hastaneye yatış, yaygın anksiyete bozukluğu ek tanı sıklığı daha yaygın olarak bulunmuştur(56).

Tamam ve Özpoyraz(57), DSM-IV sınıflandırma sistemine göre bipolar bozukluk tanısı konmuş olan, ayaktan izlenen ve remisyonda olan 70 hastayı anksiyete bozukluğu ek tanısı yönünden değerlendirmişlerdir. Olguların 34'ünde (%61.8)en az bir anksiyete bozukluğu bulunduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada bipolar bozuklukta OKB görülme sıklığı %36.4 olarak bulunmuştur. BAB'lu kadın hastalarda OKB görülme sıklığı %54.8, erkek hastalarda %12.5 oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yazarlar bipolar bozuklukta anksiyete bozukluğu varlığının tedaviye uyumu olumsuz etkilediğini, bu durumun göz önünde tutulmasının prognozu olumlu yönde etkileyeceğini bildirmişlerdir.

2.2.3.Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ek Tanısı

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda bipolar bozukluk ve anksiyete bozukluğu birlikteliğinin genel populasyondan anlamlı olarak yüksek olduğu, %3 ile 43 arasında değiştiği bildirilmiştir(32,36,58). Boylan ve arkadaşları(36) yaygın anksiyete bozukluğunun(YAB) %31.2 oranı ile BAB'lu hastalarda yaşam boyu en sık görülen anksiyete bozukluğu olduğunu belirlemişlerdir. Söz konusu çalışmada, YAB ek tanı saptanan hastalarda erken başlangıç yaşı, daha fazla depresif semptom ve hastalık süresinde uzama bildirilmiştir. Bazı yazarlarca ise YAB ile unipolar depresyon arasındaki ilişkinin, diğer bozukluklarla ilişkisinden daha belirgin olduğu bildirilmiştir(41).

2.2.4.Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ek Tanısı

Bipolar olgularda yaşam boyu travma sonrası stres bozukluğunun(TSSB) ek tanı sıklığının klinik çalışmalarda %7-21 arasında değiştiği, epidemiyolojik çalışmalarda ise bu oranın %40'lara kadar çıktığı görülmüştür(32,35,38,57). 1214 BAB hastasının ele alındığı bir çalışmada, TSSB yaygınlığı ortalama %16 olarak bulunmuş ve bu oranın normal toplumda görülen yaşam boyu TSSB yaygınlığının iki katı olduğu bildirilmiştir(59). Aynı çalışmada BAB-TSSB birlikteliği olan hastalarda

çok sayıda eksen-I bozukluğu, daha çok travmaya maruz kalma, nörotizm puanlarında yükseklik, dışa dönüklük puanlarında düşüklük, daha düşük sosyoekonomik durum ve sosyal desteğin daha az olduğu bildirilmiştir. Yazarlar, BAB hastalarının özellikle manik dönem sırasında, hastalıkla ilişkili olumsuz yaşantılar yaşayabilecekleri, hastanın travmatize olabileceği ve böylece hastalığın kendisinin bir travma olarak TSSB'na zemin hazırlayabileceğini öne sürmüşlerdir(59). Olumsuz yaşam olaylarının ve stresin BAB'nda duygudurum ataklarının gelişimi açısından risk faktörü olabileceği, mani yada depresyon dönemlerinin ortaya çıkmasını çabuklaştırabileceği bildirilmiştir(59,60). Simon ve ark.(92), 475 bipolar hasta ile yaptıkları çalışmada TSSB ek tanılı hastaların daha yavaş düzelme eğiliminde olduklarını, madde kullanım bozukluklarına daha eğilimli olduklarını, intihar girişim oranlarının daha yüksek olduğunu ve daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını bildirmişlerdir.

2.2.5. Sosyal Fobi Ek Tanısı

BAB hastalarında yaşam boyu sosyal fobi ek tanısının görülme sıklığı %5-47.2 arasında bildirilmiştir(32,35,61). Bu ek tanılı BAB hastalarının çoğunda sosyal fobinin BAB'ndan önce başladığı öne sürülmüştür(62). Himmelhoch(63), yaptığı çalışmada MAO inhibitörü fenelzin ve moklobemid kullanılan 32 sosyal fobi hastasından iyileşen 18 hastanın 14'üne klinik olarak hipomani tanısı konduğunu ve bu grup hastaların bipolar spektrumda değerlendirilmesi gerektiğini, özellikle de bipolar-II ile ilişkili olabileceğini bildirmiştir. Bipolar bozuklukta sosyal fobi ek tanısı alanlarda tedaviye direnç oluşumu, alkol bağımlılığı geliştirme ve diğer ek tanıların bulunma olasılığının yüksek olduğu bildirilmiştir(32,60,62).

2.2.6. Bipolar Bozukluk ve Anksiyete Bozukluğu Birlikteliğini Açıklamaya Yönelik Model Önerileri

Freeman ve arkadaşları(61), BAB ile anksiyete bozuklukları arasındaki örtüşmeyi üç kavramsal modelle açıklamaya çalışmışlardır.

İlk modele göre, her iki bozukluğun yaygın görülen ama farklı hastalıklar olduğu birlikteliklerinin ise tesadüfi olduğu ileri sürülmüştür(61). İlk modeli destekleyen birinci görüş, bipolar bozuklukta anksiyete de olduğunda lityumun tedavi edici etkinliğinin azalması olarak bildirilmiştir(39,61,64). İlk modeli

destekleyen ikinci görüşte ise benzodiazepinlerin bipolar bozuklukta uzun süreli duygudurum düzenleyici olarak yetersiz oluşu gösterilmiştir(65). Geniş ölçekli epidemiyolojik çalışmaların sonuçları, bu iki bozukluk grubunun birlikteliğinin tesadüfi olamayacağını gösterip bu modeli desteklemediği bildirilmiştir(32,34,51,66). Bazı yazarlarca benimsenen görüşe göre, panik bozukluk ek tanısının BAB'la genetik bir bağlantısı olduğu şeklindeki veriler de bu modelin geçerliliğini desteklememiştir(32,43,46,47).

BAB ve anksiyete bozuklukları ilişkisini anlamaya yönelik ikinci modelde ise hastalıkların birbirinden farklı olmakla birlikte patofizyolojik olarak ilişkili olabileceği öne sürülmüştür(61). İki bozukluk arasındaki ilişkiyi vurgulayan genetik, epidemiyolojik veriler, iki hastalık grubunun da etiyolojisinde rol alan ortak biyolojik düzenekler, gelişimlerinde rol oynayan nörotransmitter ve nöromodülatör sistemlerin örtüşmesinin bu modelin geçerliliğini desteklediği bildirilmiştir(61).

Bipolar bozukluk mani döneminde, panik bozuklukta, TSSB'de yükselmiş noradrenerjik aktivite saptanmıştır(32,67,68).Yapılan bir çalışmada bipolar bozuklukta noradrenerjik aktivite, depresyon dönemindeki hasta grubuna göre manik hasta grubunda daha yüksek gözlenmiştir(69). Ayrıca yükselmiş noradrenerjik aktivitenin maninin şiddeti ile ilişkili olduğunu gösteren bir çalışma da yapılmıştır(70). Post ve arkadaşları(71) tarafından yapılan bir çalışmada; tedavi almamış 22 akut manik hastanın depresif ve ötimik hasta gruplarına ve normal kontrol grubuna kıyasla, beyin omurilik sıvısı noradrenalin konsantrasyonlarında yükselmeler görülmüştür. Bu yükselme, saptanan manik disfori, öfke ve anksiyete derecesiyle anlamlı olarak bulunmuştur(71). Bipolar bozuklukta sadece manik dönemde değil, tüm hastalık dönemlerinde noradrenerjik işlevselliğin artmış olduğu bir başka çalışma da bildirilmiştir(72). Bu bulguların, bütün hastalık dönemlerinde, panik bozukluk, TSSB ve BAB'ın ortak bir özellik olarak, genel bir noradrenerjik işlev artışı gösterdiklerini ortaya koyduğu öne sürülmüştür(61).

Dopaminerjik sistemle ilgili olarak bipolar bozukluğun manik döneminde, panik bozuklukta, TSSB'da artmış dopaminerjik aktivite bulunduğuna dair çalışmalar yapılmıştır(61). GABA'nın da anksiyete bozuklukları ve BAB arasındaki ilişkide rolü olduğu düşünülmüştür(61). Yapılan çalışmalarda BAB'un mani ve depresyon dönemlerinde plazma GABA düzeylerinin azaldığı saptanırken, bazı

çalışmalarda kontrol grubu ile fark olmadığı bildirilmiştir(73,74). GABA düzeylerini artıran valproat ile yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluğunda da etkin olduğu bildirilmiştir(75).

Tamam(32), gözden geçirme yazısında serotonerjik sistemin tüm anksiyete bozukluklarının gelişim ve hastalık sürecindeki rolünün, SSRI'ların tedavideki belirgin etkinliği aracılığıyla gösterilmiş olmasına karşın, BAB' taki rolü için tam olarak aydınlatılamadığını bildirmiştir.

Hem BAB hem de anksiyetenin regülasyonundaki defektleri yansıtan ve aynı patofizyolojik anormalliğe işaret eden bozukluklar olarak ele alındığı üçüncü modelde, yaygın anksiyete, panik anksiyete, sosyal fobi, obsesyonlar, kompulsyonlar bipolar bozukluğun diğer patolojik semptomlarının arasında değerlendirilmiştir(61). Karma ve disforik manide yaygın olarak görülen anksiyete bulgularının bu modeli desteklediği ileri sürülmüştür(48,61,71). Ayrıca tüm anksiyete bozukluklarında antidepresan kullanımına bağlı olan yüksek hipomani ve mani oranlarını da bu modelin açıklayabileceği öne sürülmüştür(62, 63).

Freeman ve arkadaşları(61) her üç modelinde farklı hasta gruplarını doğru olarak açıklamakta faydalı olabileceğini, hangi modelin tam olarak geçerli olduğunu belirleyebilmenin olası olmadığını bildirmişlerdir.

2.3.Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi

Bipolar hastalarda sendromal iyileşmeye ek olarak işlevsel iyileşmeyi ölçmenin önemli olduğu, işlevsel iyileşmenin veya bozulmayı göstermenin tek ölçeğinin yaşam kalitesi olduğu bildirilmiştir(76).

MacQueen ve arkadaşları(77), manik epizod sırasında psikotik semptomlar gösteren ve göstermeyen Bipolar I bozukluklu 62 hastada SF- 20 ile yaşam kalitesi skorlarını inceledikleri çalışmada, 16 manik epizot sırasında psikoza olan ve 46 psikoz saptanmayan Bipolar I hastasının yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark saptamamışlardır.

Bipolar I depresyonu olan 920 hasta ile SF-36 kullanımı ile yaşam kalitesini tanımlayan kapsamlı çalışmada hastaların yaşam kalitelerinde belirgin bir bozulma olduğu ve bozulmanın şiddetli depresyon semptomları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(76). Söz konusu çalışmada, SF-36 ölçeğinin fiziksel rol, canlılık, sosyal işlevsellik, duygusal rol ve ruh sağlığı alt ölçekleri Bipolar I grubunda çok

düşük olarak bulunmuştur. Tüm alt ölçeklerde SF-36 skorlarının ortalamaları ile Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinin anlamlı ve ters korelasyon içinde olması, ılımlı depresif semptomları olan hastaların daha iyi bir yaşam kalitesi olduğunu göstermiştir. Bipolar örneklem grubunun SF-36 skorlarının ortalamaları, unipolar depresyonda yaşam kalitesi üzerine yayınlanmış verilerden genel sağlık, sosyal işlevsellik, fiziksel rol ve duygusal rol alt ölçekleriyle karşılaştırıldığında daha düşük olarak bulunmuştur(76).

Özer ve arkadaşları(78), 100 bipolar bozukluk hastasını Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Çizelgesi (SADS) ve Yaşamdan Hoşnutluk ve Doyum Anketi (Q-LESQ) uygulayarak değerlendirdikleri çalışmada; geçmişe ait hiçbir değişkenin yani ilk epizottaki yaş, geçmiş depresif ve manik epizot sayısı, hastaneye başvurma sayısı, ilk hastaneye başvurma yaşı, ilk epizottaki semptom sayısı gibi ortalama Q-LESQ skorları ile ilişkili olmadığını saptamışlardır.

Arnold ve arkadaşları (79), 44 bipolar bozukluk hastası ve 30 kronik sırt ağrılı hasta grubunu yaşam kalitesi yönünden SF-36 uygulayarak karşılaştırmışlardır. Bipolar bozukluklu hasta grubu fiziksel işlevsellik, fiziksel rollerde işlevsellik ve sosyal işlevsellik bakımından daha iyi olarak bulunmuştur. Duygusal rol işlevselliği ve ruh sağlığı konularında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

93 bipolarI bozukluklu ve 43 başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluklu hastaların da incelendiği Hollanda Ruh Sağlığı Alan Araştırması çalışması (NEMESIS) kapsamında hastalar SF-36 ile değerlendirilmiştir. Bipolar I grubunda ruh sağlığı, duygusal rol işlevselliği, bedensel ağrı, sosyal işlevsellik alt ölçeklerinde diğer gruba göre azalmış yaşam kalitesi skorları saptanmıştır(80).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Örnekleme

Bu çalışmaya Haziran 2006- Eylül 2006 tarihleri arası Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Duygudurum Polikliniği'ne ayaktan başvuran, DSM- IV tanı ölçütlerine göre remisyonda Bipolar I bozukluğu tanısı konulmuş 100 hasta ardışık olarak alındı. Çalışmaya alınmadan önce, hasta ve yakınları çalışmayla ilgili bilgilendirilip, onayları alındı. Çalışma 29 Haziran 2006 tarih ve 02 sayılı yazı ile Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Çalışmaya alınma ölçütleri:

- 1- DSM-IV'e göre; bipolar I bozukluk tanı ölçütlerini karşılamak,
- 2- 18- 65 yaş arasında olmak,
- 3- Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinden 7 veya daha az puan almış olmak,
- 4- Young Mani Değerlendirme Ölçeğinden 5 veya daha az puan almak,
- 5- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- 6- Okuduğunu anlayabilecek düzeyde okuma-yazma bilmektir.

Çalışmadan dışlama ölçütleri:

- 1- Tanısal amaçlı psikiyatrik görüşmenin yapılmasına engel olacak düzeyde eğitim ve dil probleminin bulunması.
- 2- Son bir ay içerisinde semptom dağılımını etkileyebilecek ilaç ya da madde kullanmış olması.
- 3- Organik Mental Bozukluğun varlığı

3.2.Çalışmanın Aşamaları

Çalışma kapsamına alınan 100 hasta yapılan psikiyatrik değerlendirme sonrasında araştırmacı tarafından DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu(SCID- I) uygulanarak Bipolar I bozukluk tanısı belirlendi. Takiben, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği(YMDÖ) uygulandı. HDDÖ'den 7 veya daha az, YMDÖ'den 5 veya daha az alan olgular remisyonda kabul edildi. Çalışmaya uygun bulunan remisyonda

dönemindeki olgulara, sosyodemografik veri formu, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36(SF- 36) uygulandı.

121 hasta ile görüşüldü, 2 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmedi, 13 hasta Bipolar bozukluk II, 6 hasta şizoaffektif bozukluk tanı kriterlerini karşıladığı için çalışma dışında bırakıldı ve 100 bipolar bozukluk I tanılı hasta çalışmaya alındı.

Çalışmaya alınan 100 Bipolar I bozukluk tanılı hastada şu anda ya da yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanı oranları DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu SCID-I uygulanarak saptandı. Şu anda ya da yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanı alan hastalar ek tanı saptanmayan hastalarla sosyodemografik, klinik özellikler, STAI ve yaşam kalitesi ölçeği puanları açısından karşılaştırıldı. Ayrıca, çok çeşitli anksiyete bozuklukları yerine tek bir anksiyete bozukluğunun sosyodemografik ve klinik özellikler üzerine olan etkilerini araştırmak için belirlediğimiz ek tanı sayısına göre hastaları kendi içerisinde en az bir anksiyete bozukluğu olan ve birden çok anksiyete bozukluğu olanlar şeklinde gruptandırdık.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Tüm olgularda klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak ve çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak hazırlanmış bir sosyodemografik ve klinik bilgi formu kullanıldı. Bu form; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, iş durumu, ailenin gelir düzeyi, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer, hastalığın başlama yaşı, hastalık süresi, hastanede yatış sayısı, manik atak sıklığı, depresif atak sıklığı, alkol madde kullanımı, intihar girişiminin araştırıldığı soruları kapsamaktadır.

3.3.2. DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID-I)

SCID-I, 1997 yılında DSM-IV'e yönelik olarak hazırlanan First ve arkadaşları(81) tarafından geliştirilmiş şu anda veya yaşam boyu birinci eksen tanısı koymaya yönelik yarı yapılandırılmış görüşme formudur. Özkürkçügil ve arkadaşları(82) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ülkemizdeki güvenilirlik çalışması tamamlanmıştır.

3.3.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)

HDDÖ, depresyon ölçekleri içinde en yaygın kullanılanı olup, bir kez klinisyen tarafından tanı konulduktan sonra depresyonun şiddetini ölçmek ya da belirti örüntüsünü saptamak için kullanılan görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. Hamilton tarafından 17 itemli olarak geliştirilen ölçeğe sonraki yıllarda bazı itemler eklenerek 21 ve 24 itemli ölçekler geliştirilmiştir. Depresif mizaç, intihar, iş ve aktivitelerde yitim, retardasyon, ajitasyon, gastrointestinal belirtiler, genel somatik belirtiler, hipokondriak belirtiler, içgörü, iştah ve kilo kaybı, uykusuzluk ve anksiyete gibi alt gruplar bulunmaktadır. HDDÖ'de 0-2 arası üçlü ve 0-4 arası beşli Likert tipi puanlandırma şekilleri kullanılmaktadır. HDDÖ'e göre toplam skor puanlaması: 0-7 depresyon yok, 8-12 hafif düzeyde depresyon, 13-17 orta düzeyde depresyon, 18-29 majör depresyon, 30-52 ağır majör depresyon şeklindedir(83). HDDÖ depresyonlu hastaların depresyon düzeyini ölçmede sıklıkla kullanılan ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları(84) tarafından yapılmış bir ölçektir.

3.3.4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. Young ve ark.(85) tarafından geliştirilen bu ölçek toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Yükselmiş duygudurum, hareket ve enerji artışı, cinsel ilgi, uyku, irritabilite, konuşma hızı ve miktarı, düşünce yapı bozukluğu, düşünce içeriği, yıkıcı ve saldırgan davranış, dış görünüm, içgörü gibi alt gruplar bulunmaktadır. Bu maddelerin yedisi beşli Likert tipinde, diğer dördü dokuzlu Likert tipinde sağlamaktadır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları(86) tarafından yapılmış bir ölçektir.

3.3.5. Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI)

Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ayrı saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları(87) tarafından 1970'de geliştirilmiş olan STAI, Spielberger'in iki faktörlü kaygı kuramından kaynaklanmıştır. Kısa ifadelerden oluşan öz değerlendirme anketidir. STAI toplam 40 maddelik iki ayrı ölçekten oluşur. Durumluk kaygı ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini tanımlamasına yöneliktir. Sürekli kaygı ölçeği ise bireyin genellikle nasıl hissettiğini tanımlamasını gerektirir. Ölçeğin uygulandığı kişinin, durumluk kaygı

ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla seçeneklerinden birini işaretlemesi istenir. Sürekli kaygı ölçeğinde maddelerin ifade ettiği düşünce, duygu ya da davranışların sıklık derecesine göre (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman, (4) hemen her zaman seçeneklerinden biri işaretlenir. Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte(88) tarafından yapılmıştır.

3.3.6.Kısa Form - 36 (SF-36)

Yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın ölçektir. Özellikle fiziksel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir ancak psikiyatrik hastalığı olanlarda da kullanılabilen kendini değerlendirme ölçeğidir. Fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, vitalite, sosyal işlevsellik, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt ölçekleridir. Her alt ölçek için ayrı ayrı puanlar elde etmek olanaklıdır. Ölçeğin bir toplam puanı yoktur(89). Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları(90) tarafından yapılmıştır.

3.4. İstatistik Değerlendirme

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi, Biyoistatistik Anabilim Dalında SPSS paket programı kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede verilerin yapısına uygun olarak niceliksel veriler ortalama ve standart sapma olarak verildi. Kategorik verileri değerlendirmek ve grup arası farkları belirlemek için kıkare (χ^2) testi uygulandı. Ölçekler arasında korelasyonları belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

4. BULGULAR

Bu çalışmaya Haziran 2006- Eylül 2006 tarihleri arası Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Duygudurum Polikliniği'ne ayaktan başvuran, DSM- IV tanı ölçütlerine göre Bipolar I bozukluğu tanısı konulmuş 100 hasta alındı. Yapılan psikiyatrik değerlendirme sonrasında araştırmacı tarafından DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu(SCID- I) uygulanarak Bipolar I bozukluk tanısı belirlendi. Takiben, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği(YMDÖ) uygulandı. HDDÖ'den 7 veya daha az, YMDÖ'den 5 veya daha az alan olgular remisyonda kabul edildi. Çalışmaya uygun bulunan remiyon dönemindeki olgulara, sosyodemografik veri formu, Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği(STAI) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği kısa form- 36(SF-36) uygulandı.

Çalışmaya alınan 100 Bipolar I bozukluk tanılı hastada SCID-I ile yapılan değerlendirme sonrası şu an ya da yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanı oranları belirlendi. Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan hastalar ek tanı saptanmayan hastalarla sosyodemografik, klinik özellikler, STAI ve yaşam kalitesi ölçeği puanları açısından karşılaştırıldı. Ayrıca, çok çeşitli anksiyete bozuklukları yerine tek bir anksiyete bozukluğunun sosyodemografik ve klinik değişkenler ile ilişkisini araştırmak için belirlediğimiz ek tanı sayısına göre hastaları kendi içerisinde en az bir anksiyete bozukluğu olan ve birden çok anksiyete bozukluğu olanlar şeklinde gruplandırdık.

Çalışmaya alınan Bipolar I bozukluk tanılı 100 hastanın 62'sinde (%62) şu anda ya da yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu ek tanısı saptandı, 38(%38) hastada ise anksiyete bozukluğu ek tanısı saptanmadı. Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan 33 (%53.2) hastada en az bir anksiyete bozukluğu, 29 (%46.8) hastada birden çok anksiyete bozukluğu bulundu (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Bipolar Bozukluk Hastalarında AB Ek Tanı Dağılımı.

AB ek tanısı alan BAB hastaları(n=62)	n	%
En az bir AB	33	53.2
Birden çok AB	29	46.8

BAB hastalarında AB ek tanısı alan hastalarla almayanların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve gelir düzeyi özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Çalışmamıza katılan kişilerden anksiyete bozukluğu ek tanısı saptanmayan 38 bipolar bozukluk hastasının 16'sı (%42.1) kadın, 22'si (%57.9) erkekti. Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan bipolar bozukluklu 62 hastanın 34'ü (%54.8) kadın, 28'i (%45.2) erkekti. Yapılan istatistiksel analiz sonucu cinsiyet açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($\chi^2=1,52$; $df=1$; $p>0.05$).

Çalışmamıza katılan kişilerin yaş ortalaması, anksiyete bozukluğu ek tanısı saptanmayan bipolar bozukluk hastalarında 38.4(SS=12.1), ek tanı alan bipolar bozukluk hastalarında 37.5(SS=11.3) idi. Yaş ortalamaları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p>0.05$).

Çalışmamıza katılan kişilerden anksiyete bozukluğu ek tanısı almayan bipolar bozukluk hastalarının 14'ü (%36.8) evli, 14'ü (%36.8) bekar, 9'u (%23.7) boşanmış, 1'i (%2.6) duldu. Anksiyete bozukluğu ek tanısı saptanan bipolar bozukluk hastalarının 31'i (%50.0) evli, 23'ü (%37.1) bekar, 7'si (%11.3) boşanmış, 1'i (%1.6) duldu. Medeni durum yönünden iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($\chi^2=3,29$; $df=3$; $p>0.05$).

Çalışmamıza katılan kişilerden anksiyete bozukluğu ek tanısı almayan bipolar bozukluk hastalarının 1'i (%2.6) ilkokulu bitirmemiş, 6'sı (%15.8) ilkokul mezunu, 4'ü (%10.5) ortaokul mezunu, 10'u (%26.3) lise mezunu, 17'si (%44.7) üniversite mezunuydu. Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan iki uçlu bozukluk hastalarının 2'si (%3.2) ilkokulu bitirmemiş, 14'ü (%22.6) ilkokul mezunu, 6'sı (%9.7) ortaokul mezunu, 19'u (%30.6) lise mezunu, 21'i (%33.9) üniversite mezunuydu. Eğitim durumu yönünden iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($\chi^2=1,47$; $df=4$; $p>0.05$).

Çalışmamıza katılan anksiyete bozukluğu ek tanısı almayan bipolar bozukluk hastalarının 5'i (%13.2) alt gelir, 26'sı (%68.4) orta gelir, 7'si (%18.4) üst gelir grubunda idi. Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan iki uçlu bozukluk hastalarının 2'si (%3.2) alt gelir, 50'si (%80.6) orta gelir, 10'u (%16.1) üst gelir grubunda idi. İki

grup arasında gelir durumu yönünden anlamlı bir fark saptanmadı($\chi^2=3,85$; $df=2$; $p>0.05$).

Tablo 4.2. BAB Hastalarında AB Ek Tanısı Konulan ve Konulmayan Hastaların Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim Durumu ve Gelir Düzeyi Özelliklerinin Karşılaştırılması.

	AB ek tanısı olmayan BAB hastaları(n=38)		AB ek tanısı olan BAB hastaları(n=62)		χ^2	P
<u>Yaş Ortalaması</u>	38.42 (Ss=12.18)		37.50 (Ss=11.32)			0.702
<u>Cinsiyet</u>	N	%	N	%	1.528	0.216
Kadın	16	42.1	34	54.8		
Erkek	22	57.9	28	45.2		
<u>Medeni durum</u>					3.291	0.349
Evli	14	36.8	31	50.0		
Bekar	14	36.8	23	37.1		
Boşanmış	9	23.7	7	11.3		
Dul	1	2.6	1	1.6		
<u>Eğitim durumu</u>					1.472	0.832
İlkokulu bitirmemiş	1	2.6	2	3.2		
İlkokul mezunu	6	15.8	14	22.6		
Ortaokul mezunu	4	10.5	6	9.7		
Lise mezunu	10	26.3	19	30.6		
Üniversite	17	44.7	21	33.9		
<u>Gelir düzeyi</u>					3.856	0.145
Düşük	5	13.2	2	3.2		
Orta	26	68.4	50	80.6		
Yüksek	7	18.4	10	16.1		

BAB hastalarında AB ek tanısı alan ve almayan hastaların meslek, çalışma durumu, yaşanılan yer ve birlikte yaşadığı kişiler açısından özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan kişilerden anksiyete bozukluğu ek tanısı almayan iki uçlu bozukluk hastalarının 14'ü (%36.8) memur, 9 'u (%23.7) ev hanımı, 4'ü (%10.5)öğrenci, 8'i (% 21.1)işçi, 1'i(%2.6) serbest, 1'i(%2.6) çiftçi, 1'i(%2.6) diğer meslek grubunda çalışıyordu. Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan iki uçlu bozukluk hastalarının 18'i (%29.0) memur, 20'si (%32.3) ev hanımı, 4'ü (%6.5) öğrenci, 8'i (%12.9) işçi, 7'si (%11.3)serbest, 3'ü (%4.8) çiftçi , 2'si(%3.2) diğer meslek gruplarında çalışıyordu. Meslek yönünden iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($\chi^2=5,03$; $df=6$; $p>0.05$).

Çalışmamıza katılan kişilerden AB ek tanısı almayan iki uçlu bozukluk hastalarının 10'unun (%26.3) düzenli bir işi vardı, 9'u (%23.7) düzensiz çalışıyordu, 10'u (%26.3) hiç çalışmamış, çalışmıyordu, 9' u (%23.7) emekliydi. Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan iki uçlu bozukluk hastalarının 19'u (%30.6) düzenli bir işte çalışmaktaydı, 17'si (%27.4)düzensiz çalışıyordu, 15'i (%24.2)hiç çalışmamış ve çalışmıyordu, 1'i (%1.6) malulen emekliydi, 10'u (%16.1) emekliydi. Çalışma durumu yönünden iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı($\chi^2=1,64$; $df=4$; $p>0.05$).

Çalışmaya katılan kişilerden anksiyete bozukluğu ek tanısı almayan iki uçlu bozukluk hastalarının 2'si (%5.3) köy, 7'si (%18.4) ilçe, 29'u (%76.3) şehirde yaşıyordu. Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan iki uçlu bozukluk hastalarının 4'ü(%6.5) köy,10'u (%16.1) ilçe, 47'si (%75.8) şehir, 1'i(%1.6) yurt dışında yaşıyordu. Son beş yıldır yaşanan yer yönünden iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı($\chi^2=0,74$; $df=3$; $p>0.05$).

Çalışmamıza katılan anksiyete bozukluğu ek tanısı almayan iki uçlu bozukluk hastalarının 4'ü (%10.5) yalnız, 13'ü (%34.2) eş ve çocuklarıyla birlikte, 21'i (%55.3) anne – baba ve kardeşleri ile birlikte yaşıyordu. Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan iki uçlu bozukluk hastalarının 2'si (%3.2)yalnız, 32'si (%51.6) eş ve çocuklarıyla, 28'i (%45.2) anne- baba ve kardeşleri ile birlikte yaşıyordu. İki grup arasında birlikte yaşanan kişiler yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı($\chi^2=4,16$; $df=2$; $p>0.05$).

Tablo 4.3. BAB' ta AB Ek Tanısı Konulan ve Konulmayan Hastaların Meslek, Çalışma Durumu, Yaşanılan Yer ve Birlikte Yaşadığı Kişiler Açısından Özelliklerinin Karşılaştırılması.

	AB ek tanısı almayan bipolar bozukluk hastaları(n=38)		AB ek tanısı alan bipolar bozukluk hastaları(n=62)		χ^2	P
	N	%	N	%		
<u>Meslek</u>					5.036	0.539
Memur	14	36.8	18	29.0		
Ev hanımı	9	23.7	20	32.3		
Öğrenci	4	10.5	4	6.5		
İşçi	8	21.1	8	12.9		
Serbest çalışıyor	1	2.6	7	11.3		
Çiftçi	1	2.6	3	4.8		
diğer	1	2.6	2	3.2		
<u>Çalışma durumu</u>						
Düzenli bir işi var	10	26.3	19	30.6		
Düzensiz çalışıyor	9	23.7	17	27.4		
Çalışmıyor	10	26.3	15	24.2		
Malulen emekli	0	0	1	1.6		
Emekli	9	23.7	10	16.1		
<u>Yaşadığı yer</u>					0.742	0.863
Köy	2	5.3	4	6.5		
Kasaba,ilçe	7	18.4	10	16.1		
Şehir	29	76.3	47	75.8		
Yurt dışı	0	0	1	1.6		
<u>Birlikte yaşadığı kişiler</u>					4.169	0.124
Yalnız	4	10.5	2	3.2		
Eş ve çocuklar	13	34.2	32	51.6		
Anne-baba,kardeşler	21	55.3	28	45.2		
Yurt ya da kurum	0	0	0	0		

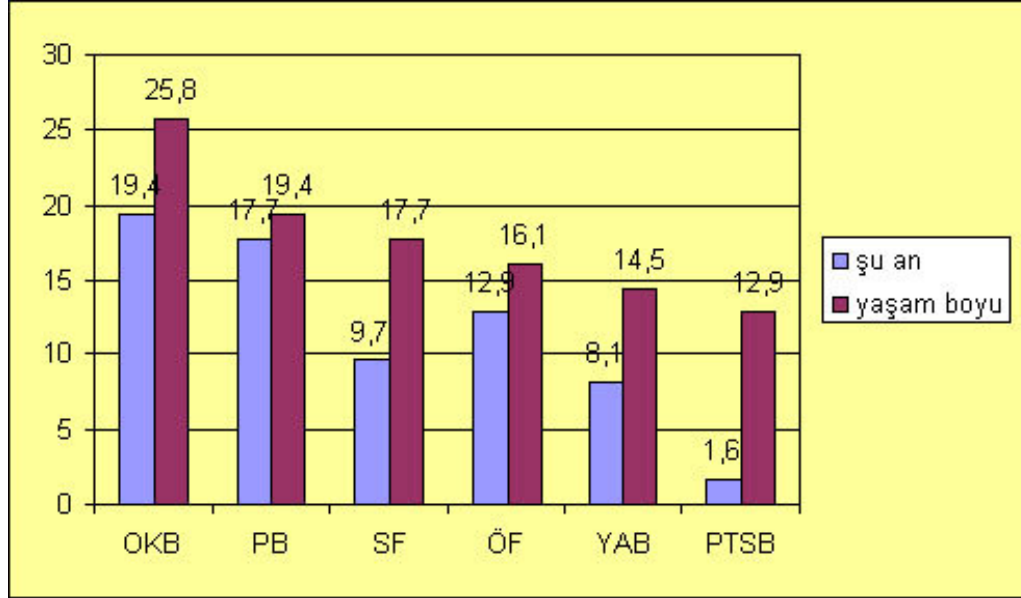
Bipolar bozukluk hastalarında AB ek tanısı alanlarla, AB ek tanısı almayan hastaların klinik özellikleri karşılaştırıldığında (Tablo 4.4) iki grup için hastalık başlama yaşı (p=0.932), manik atak sıklığı(p=0.187), depresif atak sıklığı (p=0.820), intihar girişimi (p=0.370), alkol kötüye kullanımı şu anda (p=0.476), alkol kötüye kullanımı yaşam boyu (p=0.151) açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 4.4. BAB'ta AB Ek Tanısı Alan ve Almayan Hastaların Klinik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması.

	AB ek tanısı almayan BAB hastaları(n=38)		AB ek tanısı alan BAB hastaları(n=62)		χ^2	P
	N	%	N	%		
<u>Hastalık başlangıç yaşı</u>					0.440	0.932
15-19 yaş	11	28.9	18	29.0		
20-29 yaş	17	44.7	30	48.4		
30-39 yaş	7	18.4	11	17.7		
40-ve üzeri	3	7.9	3	4.8		
<u>Manik atak sıklığı</u>					3.351	0.187
0-2 atak	14	36.8	31	50.0		
3-4 atak	9	23.7	17	27.4		
5 ve üzeri atak	15	39.5	14	22.6		
<u>Depresif atak</u>					0.397	0.820
0-2 atak	21	55.3	38	61.3		
3-4 atak	13	34.2	19	30.6		
5 -ve üzeri atak	4	10.5	5	8.1		
<u>İntihar girişimi</u>					1.164	0.370
Var	9	23.7	21	33.9		
Yok	29	76.3	41	66.1		
<u>Alkol K.K (ŞA)</u>					1.045	0.476
Var	2	5.3	7	11.3		
Yok	36	94.7	55	88.7		
<u>Alkol KK(YB)</u>					2.400	0.151
Var	1	2.6	7	11.3		
Yok	37	97.4	55	88.7		

BAB hastalarında saptanan AB ek tanı oranları, Şekil 4.1'de gösterilmiştir. Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan bipolar bozukluk hastalarında bulunan yaşam boyu anksiyete bozuklukları oranları sırasıyla 16 (%25.8) hastada OKB, 12(%19.4) hastada panik bozukluk, 11(%17.7) hastada sosyal fobi, 10 (%16.1) hastada özgül fobi, 9 (%14.5) hastada YAB, 8 (%12.9) hastada TSSB olarak bulundu. Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan bipolar hastalarda şu anda bulunan anksiyete bozuklukları oranları sırasıyla 12(%19.4) hastada OKB, 11(%17.7) hastada panik bozukluk,

8(%12.9) hastada özgül fobi, 6(%9.7) hastada sosyal fobi, 5 (%8.1) hastada YAB, 1(%1.6) hastada TSSB olarak bulundu.



Şekil 4.1. BAB Hastalarında Saptanan AB Ek Tanı Oranları.

Çalışmaya alınan 100 Bipolar I bozukluk tanılı hastanın 62'sinde(%62)şu anda ya da yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanısı saptandı. Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan 33(%53.2) hastada en az bir anksiyete bozukluğu, 29 (%46.8) hastada birden çok anksiyete bozukluğu bulundu.

En az bir anksiyete bozukluğu saptanan 33(%53.2)hastanın 17'si (%51.5)kadın, 16'sısı (%48.5)erkekti. Birden çok anksiyete bozukluğu saptanan 29(%46.8) hastanın ise 17'si (%58.6) kadın, 12'si (%41.4)erkekti. Tablo 4.5'te gösterildiği gibi, yapılan istatistiksel analiz sonucu iki grup arasında cinsiyet(p=0.617), intihar girişimi(p=0.111), manik atak sıklığı (p=0.086), depresif atak sıklığı (p=0.812), hastalık başlama yaşı (p=0.661), hastanede yatış sayısı (p=0.659) açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 4.5.En Az Bir AB Ek Tanısı Konan ve Birden Çok AB Ek Tanısı Saptanan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması.

	En az bir AB(n=33)		Birden çok AB(n=29)		χ^2	P
<u>Cinsiyet</u>	N	%	N	%		
Kadın	17	51.5	17	58.6	0.315	0.617
Erkek	16	48.5	12	41.4		
<u>Hastalık başlangıç yaşı</u>					1.595	0.661
15-19 yaş	8	24.2	10	34.5		
20-29 yaş	18	54.5	12	41.4		
30-39 yaş	6	18.2	5	17.2		
40 -ve üzeri	1	3.0	2	6.9		
<u>İntihar girişimi</u>					2.920	0.111
Var	8	38.1	13	61.9		
Yok	25	61.0	16	39.0		
<u>Manik atak sıklığı</u>					4.895	0.086
1- 2 atak	15	45.5	16	55.2		
3-4atak	7	21.2	10	34.5		
5 ve üzeri	11	33.3	3	10.3		
<u>Depresif atak sıklığı</u>					0.417	0.812
0-2 atak	21	63.6	17	58.6		
3-4 atak	9	27.3	10	34.5		
5 ve üzeri	3	9.1	2	6.9		
<u>Hastanede yatış</u>					2.419	0.659
Hiç	4	12.1	1	3.4		
1-4 kere	23	69.7	23	79.3		
5-8 kere	2	6.1	3	10.3		
9-12 kere	2	6.1	1	3.4		
13 ve üstü	2	6.1	1	3.4		

STAI durumluk kaygı ölçeği ile saptanan durumluk kaygı puanı ortalamaları; anksiyete bozukluğu ek tanısı olmayan bipolar grubunda 41.07(SS=4.57), anksiyete bozukluğu ek tanısı olan bipolar grubunda 40.43(SS=4.63) olarak bulundu. İki grup

arasında durumluk kaygı ölçeği puanı ortalaması açısından anlamlı bir farklılık yoktu ($t=0.67$; $df=98$; $p>0.05$).

STAI sürekli kaygı ölçeği puanı ortalaması; anksiyete bozukluğu ek tanısı almayan bipolar bozukluk grubunda 46.55(SS=4.47), anksiyete bozukluğu ek tanısı alan grupta 47.98(SS=4.90) bulundu. İki grup arasında sürekli kaygı ölçeği puanı ortalaması açısından anlamlı düzeyde fark saptanmadı($t=-1.46$; $df=98$; $p>0.05$).

Tablo 4.6. BAB Hastalarında AB Ek Tanısı Konan ve Konmayan Hastaların STAI ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılması.

	AB ek tanılı olmayan bipolar hastalar(n=38)		AB ek tanılı bipolar hastalar(n= 62)		T	p
	Ort.	(Ss)	Ort.	(Ss)		
Fiziksel fonksiyon	71.44	± 27.26	74.03	± 21.91	- 0.52	0.603
Rol güçlüğü(fiziksel)	68.42	± 45.27	51.20	± 47.35	1.79	0.076
Ağrı	51.21	± 12.71	50.50	± 8.83	0.32	0.743
Genel sağlık	64.07	± 17.82	49.90	± 19.75	3.61	$P<0.001$
Vitalite	67.23	± 14.22	55.88	± 15.13	3.72	$P<0.001$
Sosyal fonksiyon	71.71	± 21.68	62.50	± 22.97	1.98	$P<0.05$
Rol güçlüğü (emosyon)	45.61	± 48.03	33.33	± 43.94	1.30	0.204
Mental sağlık	72.00	± 9.15	61.48	± 14.01	4.11	$P<0.001$
STAI durumluk	41.07	± 4.57	40.43	± 4.63	0.67	0.500
STAI sürekli	46.55	± 4.47	47.98	± 4.90	- 1.46	0.146

Bipolar bozukluk hastalarında, şu anda ya da yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanısı almayan grupla anksiyete bozukluğu ek tanısı alan grup yaşam kalitesi sonuçları tablo 4.6'da gösterilmiştir. Bipolar bozukluk hastalarında, şu anda ya da yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanısı almayan grupla anksiyete bozukluğu ek tanısı alan grup yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldığında; genel sağlık($t=3.61$; $df=98$; $p<0.001$), vitalite($t=3.72$; $df=98$; $p<0.001$), sosyal fonksiyon($t=1.98$; $df=98$; $p<0.05$), mental sağlık($t=4.11$; $df=98$; $p<0.001$) alt ölçeklerinde her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanırken fiziksel fonksiyon ($t=-$

0.52; df=98; p=0.603), fiziksel rol güçlüğü(t=1.79; df=98; p=0.076), ağrı (t=0.32; df=98; p=0.743), emosyonel rol güçlüğü (t=1.30; df=98; p=0.204)alt ölçeklerinde iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

STAI durumluk kaygı ölçeğinden alınan toplam puanlar ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden alınan puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; ağrı(r=0.255, p=0.010), genel sağlık (r=0.351, p<0.001), vitalite(r=0.306, p=0.002), sosyal fonksiyon (r=0.239, p=0.016), emosyonel güçlük (r=0.315, p=0.001), mental sağlık (r=0.308, p=0.002) alt ölçeklerinden alınan puanlarla STAI durumluk kaygı ölçeğinden alınan toplam puanların pozitif yönde ilişkili olduğu saptandı. STAI durumluk kaygı ölçeğinden alınan toplam puanlarla fiziksel fonksiyon(r=0.074, p=0.465), fiziksel güçlük (r=-0.018, p=0.862) alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmadı. STAI sürekli kaygı ölçeğinden alınan sürekli toplam puanlar ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden alınan puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; sosyal fonksiyon (r=-0.221, p=0.027), mental sağlık (r=-0.209, p=0.037) alt ölçeklerinden alınan puanlarla STAI süreklilik kaygı ölçeğinden alınan toplam puanların negatif yönde ilişkili olduğu saptandı. STAI sürekli kaygı ölçeğinden alınan puanlarla fiziksel fonksiyon (r=-0.102, p=0.313), fiziksel güçlük (r=-0.094, p=0.352), ağrı (r=-0.051, p= 0.617), genel sağlık (r=-0.194, p=0.053), vitalite (r=-0.169, p=0.093), emosyonel güçlük (r=-0.048, p=0.635) alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Bipolar I bozuklukta şu anda ya da yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanı saptanma oranı %62 olarak bulundu. Bu oran, gerek ülkemiz gerekse dünyada bipolar bozuklukta anksiyete bozukluğu ek tanısı ile ilgili yapılmış bazı çalışmalardaki oranlardan daha yüksek(63,91) ancak bazı çalışmalarla benzerdir(35-38,57,92). Çalışmamızda Anksiyete bozukluğu ek tanısı saptanan %53.2 hastada en az bir anksiyete bozukluğu, %46.8 hastada ise birden çok anksiyete bozukluğu saptandı. Boylan ve ark.(36) 138 Bipolar bozukluk hastasının alındığı çalışmada 77(%55.8) hastada şu anda ya da yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanısı olduğunu; 33(%24.2)hastada bir anksiyete bozukluğu, 22(%28.5) hastada iki anksiyete bozukluğu ve 22(%28.5) hastada üç veya daha fazla anksiyete bozukluğu bulunduğunu bildirmişlerdir. Ülkemizde yapılan bir klinik çalışmada ise, Tamam ve Özpoyraz (57), 70 bipolar I tanısı almış remisyon dönemindeki hastalarda, yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu ek tanı sıklığının %61.4, çoğul anksiyete bozukluğu sıklığının ise %38.6 olduğunu bulmuşlardır. Çalışmamızdaki anksiyete bozukluğu ek tanı oranları bu çalışmaların bulgularına yakın değerlerdedir. Çalışmamızda ortaya çıkan yüksek oranların nedeni ile ilgili olarak farklı hipotezler ileri sürülebilir. Biz çalışmamızdaki yüksek oranların tanı koydurucu ölçek kullanılmasına bağlı olabileceğini düşünmekteyiz. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme SCID-I, majör DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir(81). SCID I, yapılandırılmış görüşmelerin değerlendirme sürecinin standardizasyonu ile tanının güvenilirliğinin artırılması, DSM-IV tanı ölçütlerinin uygulanmasını kolaylaştırması ile tanıların geçerliliğinin artırılması, aksi takdirde gözden kaçabilecek bazı semptomların araştırılması için geliştirilmiştir bir ölçektir(81). Çalışmamıza paralel sonuçların ortaya çıktığı çalışmaların da genellikle SCID I uygulanarak yapılmış olması bu hipotezimizi desteklemektedir(35-38,57).

Çalışmamızda anksiyete bozukluğu ek tanısı saptanan bipolar bozukluk hastaları, anksiyete bozukluğu ek tanısı almayan hastalarla sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, medeni durum açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Tamam ve Özpoyraz(57), 70 bipolar I bozukluklu hastada anksiyete bozukluğu ek tanısının sosyodemografik ve klinik değişkenlerle

ilişkinini inceledikleri çalışmada anksiyete bozukluğu tespit edilen kadın hasta oranını %75 olarak bulmuşlar ve anksiyete bozukluğu ek tanısının kadın cinsiyeti olanlarda daha fazla görüldüğünü bildirmişlerdir.

Bipolar Affektif Bozukluğun kişinin evliliğini, mesleki yaşantısını etkilediği şiddetli ve oldukça kalıcı bozukluklara yol açtığı ileri sürülmüştür(17). Coryell ve arkadaşları(17)6 sene boyunca izledikleri 148 bipolar hastayı normal kontrollerle karşılaştırdıklarında anlamlı olarak farklı bir şekilde eğitimlerini ve mesleki durumlarını iletilemediklerini ve izlemin son senesinde anlamlı oranda daha fazla işsiz olduklarını görmüşlerdir. Yaş olarak normal kontrollerle eşleşmiş olmalarına rağmen evlenme oranları yarı yarıya düşük, evli olanlarda boşanma ve ayrılma oranları iki kat yüksek bulunmuştur. Kişiler arası ilişkiler, cinsel işlevler, eğlenme – dinlenme uğraşları ve hayattan genel tatmin açılarından da kontrollere göre daha kötü durumda oldukları bildirilmiştir(17). Çalışmamızda Anksiyete bozukluğu ek tanısı saptanmayan bipolar bozuklukta %23.7 hasta boşanmış, Anksiyete bozukluğu ek tanısı saptananlarda ise %11.3 hasta boşanmıştı. Anksiyete bozukluğu ek tanısı ile boşanma oranları ve medeni durum açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Çalışmamızda bulunan düşük boşanma ve yüksek evli olma oranlarının Batı toplumlarına göre ülkemizde aile kurumuna verilen değer ve geleneksel yapı ile ilgili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda AB ek tanı saptanan hastalar çalışma durumu açısından değerlendirildiğinde, ek tanı almayan hastalara göre daha yüksek düzensiz çalışma ve hiç çalışmama durumu gösterdiler. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Çalışmamızda bipolar hastalarda tespit edilen düzensiz çalışma ve çalışmama durumu yüksekliği, bipolar bozukluğun mesleki fonksiyonlarda yol açtığı kısıtlılık ile açıklanabilir(17,38).

Çalışmamızda anksiyete bozukluğu ek tanısı saptanan bipolar bozukluk hastaları, anksiyete bozukluğu ek tanısı almayan hastalarla eğitim durumu, gelir düzeyi, meslek durumu açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Simon ve ark.(92) 475 Bipolar bozukluklu hasta ile yaptıkları kapsamlı çalışmada, anksiyete bozukluğu ek tanısı saptanan hastalarda eğitim düzeyinin daha düşük olarak bulunduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmamızda şehir merkezinde yaşayan, orta ekonomik düzeyde, iyi eğitim düzeyli hastaların daha fazla olduğu saptandı. Bu, çalışmanın şehir merkezinde bir üniversite hastanesinde yapılmış olması ve hasta potansiyelinin sağlık güvencesine sahip, kamu personeli ağırlıklı olması ile açıklanabilir ve görece iyi bir grup olduklarından bulgularımız genellenemez. Strakowski ve ark.(91), bipolar bozuklukta anksiyete bozukluğu ek tanısının sosyodemografik ve klinik özelliklerini araştırdıkları çalışmada, anksiyete bozukluğu ek tanısı saptanan hastalarda sosyoekonomik düzeyin daha düşük olarak bulunduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmamızda AB ek tanısı saptanan hastalar ile AB ek tanısı almayan hastalar, bipolar bozukluğun başlama yaşı açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Tamam ve Özpooyraz(57), 70 bipolar I bozukluklu hastada anksiyete bozukluğu ek tanısının sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisini inceledikleri çalışmada anksiyete bozukluğu tespit edilen hastalarda başlama yaşı ile anksiyete bozukluğu arasında bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Bulgularımız bu çalışmanın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Bir çok çalışmada ise anksiyete bozukluğu ek tanısı alan bipolar bozukluk hastalarında, daha erken başlangıç yaşı olduğu bulunmuştur (35,36,38,92). Boylan ve arkadaşlarının(36) 138 bipolar bozukluk olgusu üzerinde yaptıkları çalışmada hastalık başlama yaşı ortalaması AB ek tanı almayan hastalarda 23, ek tanı saptanan hastalarda ise 19.4 olarak bildirilmiştir. Yazarlar, AB ek tanısının bipolar bozukluğun daha erken yaşta başlamasına neden olduğunu, ergenlik döneminde başlayan psikiyatrik hastalıkların hastanın kişisel gelişim sürecine etkileri olduğunu ve bu bireylerin sonraki yaşamlarında daha ciddi duygudurum bozukluklarına yatkın hale gelebileceklerini ileri sürmüşlerdir(36). Post ve arkadaşları(93), çocukluk dönemindeki bipolar hastaların erken dönemlerde anksiyete saptananlarında hastalık şiddetinin daha ağır olduğu ve yetişkinlik döneminde bipolar bozukluğun daha ağır geçtiğini bildirmişlerdir. Simon ve arkadaşlarının(92) 475 bipolar bozukluk tanılı hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, bipolar bozukluk başlama yaşı ortalaması, en az bir anksiyete bozukluğunun varlığında 15,6 ve AB ek tanısı olmayan hastalarda 19.4 olarak bulunmuştur. Yazarlar, AB ek tanısının bipolar bozukluğun daha erken yaşta başlamasına neden olabileceğini ileri sürmüşlerdir(92).

Çalışmamızda, Bipolar I bozukluk hastalarında anksiyete bozukluğu ek tanı saptananlarla, anksiyete bozukluğu ek tanısı olmayan hastaların klinik özellikleri karşılaştırıldığında, manik ve depresif atak sıklığı açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Bipolar bozukluğu olan hastalarda saptanan anksiyete bozukluğu ek tanısının atak sayısını, depresif atakların süresini ve sıklığını, ataklar arası subsendromal duygudurum belirtilerinin sıklığını artırarak prognozu kötüleştirdiği bildirilmiştir(36,39). 475 bipolar bozukluklu hastada anksiyete bozukluğu ek tanısının araştırıldığı bir çalışmada anksiyete bozukluğu ek tanısı daha kısa ötmik kalma süresi ile ilişkili bulunmuştur(92). Kessler ve arkadaşları(66) tarafından yapılan bir çalışmada bipolar bozukluk grubunda sosyal fobi ek tanısı saptanmış hastaların daha fazla depresif atak geçirdikleri ve duygudurum atakları süresince daha ağır ve kalıcı depresif semptomlarının olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda bipolar bozukluk hastalarında anksiyete bozukluğu ek tanısı saptananlar ve ek tanı olmayanlar intihar girişimi açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Çalışma sonucumuz, Tamam ve Özpoiraz'ın(57) Bipolar I bozukluk tanılı hastalarda anksiyete bozukluğu ek tanısı ile intihar girişimi öyküsü arasında ilişki bulunmadığını bildiren çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Simon ve ark.(92), yaptıkları geniş kapsamlı çalışmada anksiyete bozukluğu ek tanısı alan bipolar bozukluk hastalarında yüksek intihar girişimi riski bildirmişlerdir. Fawcett ve ark.(94), 15 yıldan uzun süre önce yaptıkları çalışmada duygudurum bozukluğu olan bireylerde anksiyete semptomlarının intihar riskini arttırabileceğini bildirmişlerdir. Young ve arkadaşları (64), ayaktan izledikleri bipolar bozukluk tanılı olgularda birden çok AB ek tanı görülme sıklığının %32 olduğunu, anksiyete bozukluğu ek tanısının madde kötüye kullanımı, intihar girişimlerinde artma ve lityum tedavisine daha az yanıt ile de ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir.

Çalışmamızda Bipolar bozuklukta anksiyete bozukluğu ek tanısı saptananlarla anksiyete bozukluğu ek tanısı olmayanlarda yaşam boyu ya da şu anda alkol kötüye kullanımı açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmamızda şu anda ya da yaşam boyu alkol kötüye kullanımı anksiyete bozukluğu ek tanısı saptananlarda ve ek tanı olmayanlarda oldukça düşük oranlarda saptandı. Çalışma sonuçlarımız, anksiyete bozukluğu ek tanısı ile alkol kötüye kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalarla paralellik göstermektedir(57,95).

Çalışmamızda alkol kötüye kullanımının daha düşük oranda bulunmasının ülkemizde batı toplumlarına göre alkol kullanım yaygınlığının düşük olması, alkol kullanımına olumlu gözle bakılmaması ve kişilerin alkol kullanımını açıklama konusundaki çekingenlikleri ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Yapılan bazı çalışmalarda anksiyete bozukluğu ek tanısı varlığında bipolar bozuklukta yaşam boyu alkol ve madde kullanım bozukluğu sıklığının iki katına kadar arttığı bildirilmiştir(35,92). Keller (96), bipolar hastalarda anksiyete bozukluğu ek tanılı alkol ve madde kullanımı saptanan hastalarda sağlık hizmetlerinin daha çok kullanıldığını, işlevselliklerinde bozulma olduğunu, saldırgan davranışlarda artma riski ve tedaviye yanıtızlılıkla ilişkili olabileceğini bildirmiştir.

Çalışmamızda Bipolar I bozuklukta şu anda ya da yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanısı saptanma oranı %62 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda Anksiyete bozukluğu ek tanı saptanan hastalarda %53.2 oranında en az bir anksiyete bozukluğu, %46.8 oranında ise birden çok anksiyete bozukluğu saptandı. Anksiyete bozukluğu ek tanı sayısının artması ile cinsiyet, intihar girişimi, manik atak sıklığı, depresif atak sıklığı, hastalık başlama yaşı, hastanede yatış sayısı açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Boylan ve ark.(36), 138 Bipolar bozukluk hastasının alındığı çalışmada 77 (%55.8) hastada şu anda ya da yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanısı olduğunu; 33(%24.2)hastada bir anksiyete bozukluğu, 22(%28.5) hastada iki anksiyete bozukluğu ve 22(%28.5) hastada üç veya daha fazla anksiyete bozukluğu bulunduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada hastalık süresi, hastalık şiddeti, depresyon şiddeti, mani ve hipomani şiddetinin ek tanı sayısının artması ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir. Çalışma sonuçlarımız bu çalışma ile paralellik göstermektedir. Boylan ve ark.(36), aynı çalışmada genel olarak anksiyete bozukluğu ek tanısının bipolar bozukluk sürecine olumsuz bir etkisinin bulunduğunu, fakat ek tanı sayısının artması ile hastalık şiddeti ve sonlanımı arasında bir ilişki olmadığını ileri sürmüşlerdir. Yazarlar, ek tanı sayısından çok anksiyete bozukluğunun türü üzerinde durulması gerektiğini bildirmişlerdir(36). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise, anksiyete bozukluğu ek tanısı alan bipolar hastalarda genel psikopatoloji ve anksiyete düzeylerinin anksiyete bozukluğu ek tanı sayısının artışı ile paralellik gösterdiği bildirilmiştir(57). Aynı çalışmada anksiyete bozukluğu ek tanı sayısının artışı ile psikometrik ölçeklerdeki(SCL-90-R, STAI) anlamlı

yükselmeye karşın, intihar, hastalık süresi, hastaneye yatış değişkenlerinde anlamlı bir farklılık saptanmadığı bildirilmiştir(57).

Çalışmamızda, Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan bipolar bozukluk hasta grubunda bulunan yaşam boyu anksiyete bozuklukları oranları sırasıyla 16 (%25.8) hastada OKB, 12(%19.4) hastada panik bozukluk, 11(%17.7) hastada sosyal fobi, 10 (%16.1) hastada özgül fobi, 9 (%14.5) hastada YAB, 8 (%12.9) hastada TSSB olarak bulundu.

Çalışmamızda,Anksiyete bozukluğu ek tanısı olan bipolar hastalarda şu anda bulunan anksiyete bozuklukları oranları ise sırasıyla 12 (%19.4) hastada OKB, 11(%17.7) hastada panik bozukluk, 8(%12.9)hastada özgül fobi, 6(%9.7) hastada sosyal fobi, 5 (%8.1) hastada YAB, 1 (%1.6) hastada TSSB olarak bulundu.

Çalışmamızda yaşam boyu en sık görülen anksiyete bozukluğu ek tanısının, OKB (%25.8) olduğu bulundu. Çalışmamızın sonuçları, Tamam ve Özpoyraz'ın (57) 70 bipolar olgu üzerine yaptıkları çalışmada yaşam boyu en sık görülen anksiyete bozukluğu ek tanısının OKB (%39) olarak saptadıkları sonuçlar ile paralellik göstermektedir. Söz konusu çalışmada ek tanı olarak saptanan diğer anksiyete bozuklukları oranları azalan sırayla, özgül fobi(%26), sosyal fobi(%20), TSSB(%14), YAB(%14), Panik bozukluk (%10) olarak bulunmuştur(57). Çalışmamızda tespit ettiğimiz %25.8 OKB yüksek ek tanı oranı; epizodik OKB- bipolar bozukluk ilişkisi, diğer hastalıkla ilgili aile öyküsünün bulunması, etiyolojilerinde de serotonerjik sistem başta olmak üzere benzer nörotransmitter sistemlerin etkin olması, antidepresan ve duygudurum düzenleyicilere yanıt vermeleri gibi iki hastalığın ortak etiyolojik kökenleri olabileceğini vurgulayan açıklamalarla uyumlu olduğunu düşündürmektedir(32,52,54,56,57).Bipolar bozuklukta anksiyete bozukluğu ek tanılarının yaygınlığı ile ilgili farklı sonuçlar ve sıralamalar bildirilmiştir(35-38,53,57,61,92,95). Bu farklılığın en önemli nedenlerinden birinin, bipolar bozukluk olgularının büyük bir bölümünün, aynı anda birden fazla anksiyete bozukluğu tanı ölçütünü karşılaması olduğu bildirilmiştir(32,36). Çalışmamızda bipolar bozuklukta ikinci sırada yüksek görülen anksiyete bozukluğu ek tanısı, panik bozukluktu. 239 bipolar I ve 49 bipolar II hastanın alındığı bir çalışmada en sık görülen yaşam boyu anksiyete bozukluğunun panik bozukluk (%20) olduğu, bunu sosyal fobi(%16), özgül fobi(%10), obsessif kompulsif bozukluk (%9), TSSB (%7) ve yaygın anksiyete

bozukluğunun (%3) izlediği bildirilmiştir(38). Çalışmamızdaki yüksek panik bozukluk oranları, söz konusu çalışma ile paralellik göstermektedir. Boylan ve ark.(36) tarafından yapılan diğer bir çalışmada ise YAB(%31) oranı ile en sık görülen anksiyete bozukluğu ek tanısı olarak bildirilmiştir.Bu çalışmada panik bozukluk (%27), sosyal fobi (%17), TSSB(%15), özgül fobi(%10), OKB(%9) olarak sıralanmıştır. Çalışmalardan elde edilen bu farklı sonuçların, örneklem grubunun sayıca yetersizliği, temelde kullanılan yöntem ve örneklem gruplarının farklılığından kaynaklandığı, bu farklılıkta örnekleme oluşturan hastaların tanı dağılımı, sosyodemografik özellikleri, mani ya da depresyon döneminde olmaları, yatan ya da ayaktan hasta olmalarının büyük rol oynadığı bildirilmiştir(32,92).

Çalışmamızda, anksiyete bozukluğu ek tanısı olmayan bipolar hastalarda ve anksiyete bozukluğu ek tanısı alanlarda STAI durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Tamam ve Özpoyraz (57), anksiyete bozukluğu ek tanısı alan bipolar hastalarda durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puan ortalamalarının anksiyete bozukluğu ek tanısı arttıkça anlamlı olarak yükseldiğini, anksiyete düzeylerinin anksiyete bozukluğu ek tanı sayısının artışı ile paralellik gösterdiğini bildirmişlerdir.

STAI durumluk kaygı ölçeğinden alınan toplam puanlar ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde; ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel güçlük, mental sağlık alt ölçeklerinden alınan puanlarla STAI durumluk kaygı ölçeğinden alınan toplam puanların pozitif yönde ilişkili olduğu saptandı. STAI durumluk kaygı ölçeğinden alınan toplam puanlarla fiziksel fonksiyon, fiziksel güçlük alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmadı. STAI ölçeğinden alınan sürekli kaygı toplam puanları ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde; sosyal fonksiyon, mental sağlık alt ölçeklerinden alınan puanlarla negatif yönde ilişkili olduğu saptandı.STAI sürekli kaygı ölçeğinden alınan puanlarla fiziksel fonksiyon, fiziksel güçlük, ağrı, genel sağlık, vitalite, emosyonel güçlük alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Çalışmamızda, BAB hastalarında, şu anda ya da yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanısı olmayan grupla anksiyete bozukluğu ek tanısı alan grup yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldığında; genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, mental

sağlık alt ölçeklerinin anksiyete bozukluğu ek tanı alanlarda anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğu, ağrı, emosyonel rol güçlüğu alt ölçeklerinde iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Bu sonuçlar, bipolar bozukluk hastalarında ek tanı olarak anksiyete bozukluğu varlığının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği yönündeki çalışmalarla paralellik göstermektedir(35,92, 96).

Bu çalışmanın en önemli bulgusu bipolar bozukluk hastalarında anksiyete bozukluğu ek tanısının; hastalık başlama yaşı, hastaneye yatış, intihar girişimi, depresif ve manik atak sıklığında artma, alkol kötüye kullanımı gibi affektif bozukluk belirtileri ve genel psikopatolojide artışa neden olmaktan çok, yaşam kalitesine şiddetli olumsuz etkileri olduğunun gösterilmesidir. Çalışmamızın kısıtlılıkları, çalışma grubunun sayıca azlığı, poliklinikte takip edilen remisyon dönemindeki bipolar bozukluk hastalarından seçilmiş olması, katılan hastaların çoğunun şehirli olması, sonuçların tüm bipolar bozukluk hastalarına genellenmesini önlemektedir. Bipolar bozukluk hastalarında anksiyete bozukluğu yaygınlığını, ilişkili faktörleri ve anksiyete bozukluğu sürecini takip edebilmek, yaşam kalitesini düşüren faktörleri belirlemek için, her anksiyete bozukluğu için ayrı ayrı izlem çalışmalarının yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

6. SONUÇLAR

- 1- Bipolar bozuklukta Anksiyete bozukluğu ek tanısı ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmak için gerçekleştirilen bu çalışmada Bipolar I bozukluk tanılı 100 hastada SCID I uygulanarak %62 oranında şu anda ya da yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanısı saptandı.
- 2- Anksiyete bozukluğu ek tanısı saptananlarda en az bir anksiyete bozukluğu %53.2, birden çok anksiyete bozukluğu %46.8 oranında bulundu.
- 3- şu anda ya da yaşam boyu AB ek tanısı alan bipolar bozukluk hastalarıyla AB ek tanısı almayan bipolar bozukluk hastaları arasında cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, meslek durumu açısından anlamlı farklılık saptanmadı.
- 4- şu anda ya da yaşam boyu AB ek tanısı alan bipolar bozukluk hastalarıyla AB ek tanısı almayan bipolar bozukluk hastaları arasında hastalık başlama yaşı, manik ve depresif atak sıklığı, intihar girişimi, alkol kötüye kullanımı açısından anlamlı farklılık saptanmadı.
- 5- Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan bipolar bozukluk hasta grubunda bulunan yaşam boyu anksiyete bozuklukları oranları sırasıyla %25.8 OKB,%19.4 panik bozukluk, %17.7 sosyal fobi, %16.1zgl fobi, %14.5YAB, %12.9 TSSB olarak saptandı.
- 6- Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan bipolar bozukluk hasta grubunda bulunan şu anda anksiyete bozuklukları oranları sırasıyla %19.4 OKB, %17.7 panik bozukluk, %12.9 özgül fobi, %9.7 sosyal fobi, %8.1 YAB, %1.6 TSSB olarak saptandı.
- 7- Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan bipolar bozukluk hasta grubunda en az bir AB ve birden çok AB ek tanı saptananlarda cinsiyet, hastalık başlama yaşı, hastanede yatış sayısı, manik ve depresif atak sıklığı ve intihar girişimi açısından anlamlı farklılık saptanmadı.
- 8- Anksiyete bozukluğu ek tanısı almayan bipolar hastalarda ve anksiyete bozukluğu ek tanısı alanlarda STAI durumluk ve sürekli kaygı leği ile saptanan durumluk ve sürekli kaygı puanı ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı.

- 9- STAI durumluk kaygı ölçeğinden alınan toplam puanlar ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel güçlük, mental sağlık alt ölçeklerinden alınan puanlarla STAI durumluk kaygı ölçeğinden alınan toplam puanların pozitif yönde ilişkili olduğu saptandı. STAI durumluk kaygı ölçeğinden alınan toplam puanlarla fiziksel fonksiyon, fiziksel güçlük alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmadı.
- 10- STAI sürekli kaygı ölçeğinden alınan sürekli kaygı toplam puanlar ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde, sosyal fonksiyon, mental sağlık alt ölçeklerinden alınan puanlarla STAI sürekli kaygı ölçeğinden alınan toplam puanların negatif yönde ilişkili olduğu saptandı. STAI süreklilik kaygı ölçeğinden alınan puanlarla fiziksel fonksiyon, fiziksel güçlük, ağrı, genel sağlık, vitalite, emosyonel güçlük alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmadı.
- 11- Bipolar bozukluk grubunda, şu anda ya da yaşam boyu anksiyete bozukluğu ek tanısı olmayan grupla anksiyete bozukluğu ek tanısı alan grup yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldığında; genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, mental sağlık alt ölçeklerinin anksiyete bozukluğu ek tanısı alanlarda anlamlı derecede düşük olduğu saptandı. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, emosyonel rol güçlüğü alt ölçeklerinde iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

KAYNAKLAR

- 1) Işık, E. Duygu Durumu Bozuklukları, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İç: Işık E, editör. Bipolar Bozukluklar. İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaası;2003.s.467-509.
- 2) Köknel Ö.Duygu Durum Bozukluklarının Tarihçesi. Duygu durum Bozuklukları. 2000;1:5-11.
- 3) Andreasen, NC. Cesur Yeni Beyin. (Çev. Doğan YB) İstanbul: Okuyan Us Yayınları;2003
- 4) Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio – Stipeć M, Wells JE, V Vickramaratne PJ, Wittchen H, Yeh EK. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA.1996;276:293-299.
- 5) Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar affective disorder. Sos Psychiatry Psychiatr Epidemiology.1995;30:279-292.
- 6) Akiskal HS, Bourgeois ML, Jules Angst, Post R, Moller H, Hirshfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. Journal of Affective Disorders. 2000;59(1):5-30.
- 7) Kruger S, Cooke RG, Hasey GM, Jorna T, Persad E. Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorder. J Affect Disord.1995;17(34):117-120.
- 8) Tohen M, Tsuang MT, Goodwin OC. Prediction of outcome in mania by mood-congruent or mood- incongruent psychotic features. Am J Psychiatry.1992;149(11):1580-1584.
- 9) Lish JD, Dime –Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM. The National Depressive and Manic- Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. J Affect Disord.1994;31(4):281- 294.

- 10) Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou AM, Pandurangi AK, Goodwin K. Is bipolar disorder still under diagnosed? Are antidepressants overutilized? *J Affect Disord.*1999;52(1-3):135-144.
- 11) Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *Am J Psychiatry.*1995;152(3):379-384.
- 12) McDonald WM, Nemeroff CB. The diagnosis and treatment of mania in the elderly. *Bull Menninger Clin.*1996;60(2):174-196.
- 13) Leibenluft E. Women with bipolar illness: Clinical and research issues. *Am J Psychiatry.* 1996;153(2):163-173.
- 14) Yazıcı O. Bipolar bozukluk. İç:Koroğlu E, Güleç C, editörler. *Psikiyatri Temel Kitabı.* Ankara: Hekimler Yayın Birliği;1997 Cilt I, s.429-442.
- 15) Werder SF. An update on the diagnosis and the treatment of mania in bipolar disorder. *Am Fam. Physician.*1995;51(5):1126-1136.
- 16) Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ, Dibble E, Leckman JF, Sceery W, Targum SD, Nurnberger JJ Jr, Goldin LR, Bunney WE Jr. A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control probands. *Arch Gen Psychiatry.* 1982;39(10):1157-1167.
- 17) Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression .*Am J Psychiatry.*1993;150(5):720-727.
- 18) Öztürk MO. Duygulanım Bozuklukları. İç:Öztürk MO, editör. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* 8. Basım. Ankara:Nobel Tıp Kitabevleri; 2001.s. 291-342.
- 19) Sadock BJ, Sadock VA. *Klinik Psikiyatri.* 2.baskı. Güneş Kitabevi; 2005.
- 20) Sournay D, Massat I, Mendlewicz J. Genetics of Bipolar Disorders. *Acta Neuropsychiatrica.* 2000;12(3):65-68.

- 21) Yazıcı O, Kora K, Üçok A, Tunalı D, Turan N. Predictors of lithium prophylaxis in bipolar patients. *J Affect Disord.*1999; 55(2-3):133-142.
- 22) Harrison PJ. Neuropathological studies of bipolar disorder. *Acta Neuropsychiatrica.* 2000; 12 (3): 96 - 98.
- 23) Ceylan ME, Oral T. Duygudurum Bozuklukları. İç: Ceylan ME, Oral T, editörler. Etiyoloji, Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri.1.Basım, İstanbul, 2001. s. 73-128.
- 24) American Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. Köroğlu E). Ankara Hekimler Yayın Birliği, 1998.
- 25) Öner Ö, Kılıç EZ. Çocuk ve Ergenlerde Bipolar Affektif Bozukluk ve Hiperaktivite Ayırıcı Tanısı. *Türk Psikiyatri Dergisi.*2000; 11(1):58-63.
- 26) Jensen JB, Saunders SM. Childhood depression. *Current opinion in Psychiatry.* 1991; 4: 535-541.
- 27) Reichart CG, Nolen WA, Wals M. Bipolar disorder in children and adolescents: A clinical reality? *Acta Neuropsychiatrica.* 2000;12(3):132-135.
- 28) Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders; beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol.*1996;16(2):145-145.
- 29) Kessing LV. Recurrence in affective disorder. Effect of age and gender. *Br J Psychiatry.*1998 ;172:29-34.
- 30) Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry.*1995;152(11):1635-1640.
- 31) Fava GA. Subclinical symptoms in mood disorders: Pathophysiological and therapeutic implications. *Psychol Med.*1999;29(1):47-61.
- 32) Tamam L. Bipolar Bozukluk İle Anksiyete Bozukluğu Birlikteliği: Bir Gözden

Geçirme . Türk Psikiyatri Dergisi.2007;18(1):59-71.

- 33) Issler CK, Sant'anna MK, Kapczinski F, Lafer B. Anxiety disorders comorbidity in bipolar disorder. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26(3):31-36.
- 34) Chen YW, Dilsaver SC. Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: evidence from the Epidemiological Catchment Area survey. Am J Psychiatry.1995;152(2):280-282.
- 35) Bauer MS, Altshuler L, Evans DR, Beresford T, Williford WO, Hauger R. Prevalence and distinct correlates of anxiety, substance, and combined comorbidity in a multi-site public sector sample with bipolar disorder. J Affect Disord.2005; 85(3):301-315.
- 36) Boylan KR, Bieling PJ, Marriott M, Begin H, Young LT, MacQueen GM. Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. J Clin Psychiatry. 2004;65(8):1106-1113.
- 37) Cassano GB, Pini S, Sacttoni M, Dell'Osso L. Multiple anxiety disorder comorbidity in patients with mood spectrum disorders with psychotic disorders. Am J Psychiatry.1999; 156(3):474-476.
- 38) McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE Jr, Frye MA, Denicoff KD, Nolen WA, Kupka RW, Leverich GS, Rochussen JR, Rush AJ, Post RM. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder .Am J Psychiatry.2001;158(3):420-426.
- 39) Feske U, Frank E, Mallinger AG, Houck PR, Fagiolini A, Shear MK, Grochocinski VJ, Kupfer DJ. Anxiety as a correlate of response to the acute treatment of bipolar I disorder. Am J Psychiatry. 2000;157(6): 956-962.
- 40) Myers JE, Thase ME. Anxiety in the patient with bipolar disorder: recognition, significance and approaches to treatment. Psychiatric Annals. 2000;30:456-464.
- 41) Brieger, P. Comorbidity in bipolar affective disorder, in Bipolar Disorders: 100

years after manic – depressive insanity. In: A Marneros, J Angst, editörs. Kluwer Acad; Great Britain;2000.p.215-229.

- 42) Dick CL, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorder in Edmonton: Panic disorder. *Acta Psychiatr Scand Suppl.*1994;376:45-53.
- 43) MacKinnon DF, McMahon FJ, Simpson SG, McInnis MG, DePaulo JR. Panic disorder with familial bipolar disorder. *Biol Psychiatry.*1997;42(2):90-95.
- 44) MacKinnon DF, Xu J, McMahon FJ, Simpson SG, Stine OC, McInnis MG, DePaulo JR. Bipolar disorder and panic disorder in families: an analysis of chromosome 18 data. *Am J Psychiatry.*1998;155(6): 829-831.
- 45) MacKinnon DF, Zandi PP, Cooper J, Potash JB, Simpson SG, Gershon E, Nurnberger J, Reich T, DePaulo JR. Comorbid bipolar disorder and panic disorder in families with a high prevalence of bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2002;159(1):30-35.
- 46) Doughty CJ, Wells JE, Joyce PR, Olds RJ, Walsh AE. Bipolar–panic disorder comorbidity within bipolar disorder families : a study of siblings. *Acta Psychiatr Scand.*2004; 6(3):245-252.
- 47) Rotondo A, Mazzanti C, Dell’Osso L, Rucci P, Sullivan P, Bouanani S, Gonnelli C, Goldman D, Cassano GB. Catechol-o-methyltransferase,serotonin transporter, and tryptophan hydroxylase gene polymorphisms in bipolar disorder patients with and without comorbid panic disorder. *Am J Psychiatry.* 2002;159(1):23-29.
- 48) Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC, Shoaib AM, Tsai- Dilsaver Y, Krajewski KJ. Suicidality, panic disorder and psychosis in bipolar depression, depressive- mania and pure-mania. *Psychiatry Res.*1997;73(1-2):47-56.
- 49) Calabrese JR, Delucchi GA. Spectrum of efficacy of valproate in 55 patients with rapid –cycling bipolar disorder. *Am J Psychiatry.*1990;147(4):431-434.
- 50) Coryell W, Endicott J, Keller M. Rapidly cycling affective disorder.

Demographics, diagnosis, family history and course. Arch. Gen. Psychiatry.1992;49(2):126-131.

- 51) Chen YW, Dilsaver SC. Comorbidity for obsessive compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. Psychiatry Res.1995; 59(1-2):57-64.
- 52) Kruger S, Braunig P, Cooke RG. Comorbidity of obsessive compulsive disorder in recovered in patients with bipolar disorder. Bipolar Disord. 2000;2(1):71-74.
- 53) Cosoff SJ, Hafner RJ. The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder ad bipolar disorder. Australian and New Zeland J Psychiatry.1998; 32: 67-72.
- 54) Perugi G, Akiskal HS, Gemignani A, Pfanner C, Presta S, Milanfranchi A, Lensi P, Ravagli S, Marenumani I, Cassano GB. Episodic couse in obsessive compulsive disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience.1998; 248(5):240-244.
- 55) Strakowski SM, McElroy SL, Keck Jr PE, West SA. The co-ocurance of mania with medical and other psychiatric disorders. İnt.J. Psychiatry Med.1994;24(4):305-328.
- 56) Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Milanfranchi A, Lensi P, Ravagli S, Cassano GB. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive compulsive disorder. J Affect Disord.1997;46 (3):15-23.
- 57) Tamam L, Özpoyraz N. Comorbidity of anxiety disorder among patients with bipolar I disorder in remission. Psychopathology. 2002;35:203-209.
- 58) Pini S, Cassano GG, Simonini E, Savino M, Russo A, Montgomery SA. Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia. J Affect Disord.1997; 42(2-3):145-153.
- 59) Otto MW, Perlman CA, Wernicke R, Reese HE, Bauer MS, Pollack MH. Posttraumatic sterss disorder in patients with bipolar disorder: a rewiev of

prevalence, correlates and treatment strategies. *Bipolar Disord.*2004;6(6):470-479.

- 60) Perugi G, Toni C. Bipolarity presenting as anxiety disorder. *Primary Psychiatry.*2004;11:31-35.
- 61) Freeman MP, Freeman SA, Mc Elroy SL. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology and treatment issues. *J Affect Disord.* 2002;68(1):1-23.
- 62) Perugi G, Toni C, Akiskal HS. Anxious-bipolar comorbidity. Diagnostic and treatment challenges. *Psychiatr Clin North Am.*1999;22:565-583.
- 63) Himmeloch JM. Social anxiety, hypomania and the bipolar spectrum: data, theory and clinical issues. *J Affect Disord.*1998;50:203-213.
- 64) Young LT, Cooke RG, Robb JC, Levitt AJ, Joffe RT. Anxious and non-anxious bipolar disorder. *J Affect Disord.*1993; 29(1):49-52.
- 65) Aronson TA, Shukla S, Hirschovitz J. Clonazepam treatment of five lithium refractory patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1989;146(1):77-80.
- 66) Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Aberson JM, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med.*1997; 27(5):1079-1089.
- 67) Charney DS, Heninger DR, Breier A. Noradrenergic function in panic anxiety: effects of yohimbin in healthy subjects and patients with agoraphobia and panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry.*1984; 41(8):751-763.
- 68) Kosten TR, Mason JW, Giller EL, Ostroff RB, Harkness L. Sustained urinary norepinephrine and epinephrine elevation in post-traumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology.*1987;12(1):13-20.
- 69) Shopsin B, Wilk S, Gershon S, Suhl M. Cerebrospinal fluid MHPG: an

assessment of norepinephrine metabolism in affective disorders. Arch. Gen. Psychiatry.1971;28: 230-233.

70) Swann AC, Koslow SH, Katz MM, Maas JW, Javaid J, Secunda SK, Robins E. Lithium carbonate treatment of mania. Cerebrospinal fluid and urinary monoamine metabolites and treatment outcome. Arch. Gen. Psychiatry 1987;44(4):345-354.

71) Post RM, Rubinow DR, Uhde TW, Roy Byrne PP, Linnoila M, Rosoff A, Cowdry R. Dysphoric mania: clinical and biological correlates. Arch. Gen. Psychiatry.1989;46(4):353-358.

72) Young LT, Warsh JJ, Kish SJ, Shannak K, Hornykeiwicz O. Reduced brain 5-HT and elevated NE turnover and metabolites in bipolar affective disorder. Biol Psychiatry.1994; 35(2):121- 127.

73) Petty F, Kramer GL, Dunnam D, Rush AJ. Plasma GABA in mood disorders. Psychopharmacol Bull. 1990;26(2):157-161.

74) Roy A, Dejong F, Ferraro T. CSF GABA in depressed patients and normal controls. Psychol Med.1991; 21: 613-618.

75) Keck PE, Strawn JR, McElroy SL. Pharmacologic treatment considerations in co-occurring bipolar and anxiety disorders. J Clin Psychiatry.2006; 67(1):8-15.

76) Yatham LN, Lecrubier Y, Fieve RR, Davis KH, Haris SD, Krishnan AA. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. Bipolar Disord. 2004; 6(5):379-385.

77) MacQueen GM, Young LT, Robb JC, Cooke RG, Joffe RT. Levels of functioning and psychotic versus nonpsychotic mania. J Affect Disord.1997; 46(1): 69-72.

78) Özer S, Uluşahin A, Kabakçı E. Bipolar hastalarda ataklar arası dönemde tedavi ve gidiş ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001;12(2):111- 120.

- 79) Arnold LM, Witzeman KA, Swank ML, McElroy SL, Keck PE Jr. Health related quality patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain. *J Affect Disord.* 2000; 57(1):235-239.
- 80) Ten Have M, Vollebergh W, Bijl RR, Nolen WA. Bipolar disorder in the general population (prevalance, consequences and care utilisation): results from the Netherlands Mental Health Study (NEMESIS). *J Affect Disord.* 2002; 68(2-3): 203-213.
- 81) First MB, Spitzer RL, Gibbon M. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/ CV). Washington DC: American Psychiatric Press ;1997.
- 82) Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi.*1999;12: 233-236.
- 83) Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.*1960;23:56-62.
- 84) Akdemir A, Önsel S, Dağ İ. Hamilton Depresyon Derecelendirme ölçeğinin geçerliği, güvenilirliği ve klinik kullanımı. *3P Dergisi.*1996; 4:251-259.
- 85) Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scala for mania: reliability, validity, and sensitivity. *Br J Psychiatry.* 1978;133:429-435.
- 86) Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye' de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;13:107- 114.
- 87) Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manuel for State – Trait Anxiety Inventory. California: Consulting Psychologist Press;1970.
- 88) Öner N ve Le Compte A. Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri El kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1985.

- 89) Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36- item short – from health survey (SF)36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30: 473- 483.
- 90) Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N. Kısa Form -36 ‘nın Türkçe Versiyonunun Güvenirliği ve Geçerliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 102-106.
- 91) Strakowski SM, Sax KW, McElroy SL, Keck PE Jr, Hawkins JM, West SA. Course of psychiatric and substance abuse syndromes co- occurring with bipolar disorder after a first psychiatric hospitalization. *J Clin Psychiatry.*1998; 59(9): 465-471.
- 92) Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M, Sagduyu K, Frank E, Sachs GS, Nierenberg AA, Thase ME, Pollack ME. 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.*2004;161(12): 2222- 2229.
- 93) Post RM, Roy- Byrne P, Uhde TW. Graphic representation of the life course of illness in patients with affective disorder. *Am J Psychiatry.* 1988; 145:844-848.
- 94) Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D, Gibbons R. Time –related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147:1189-1194
- 95) Henry C, Van den Bulke D, Bellivier F, Etain B, Rouillon F, Leboyer F. Anxiety disorders in 318 bipolar patients: Prevalance and impact on illnes severity and rsonpce to mood stabilizer. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(3): 331-335.
- 96) Keller MB. Prevalance and impact of comorbid anxiety and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.*2006; 67(1):5-7.

EK1**SOSYODEMOGRAFİK KLİNİK VERİ FORMU**

1-Adı Soyadı:

2-Cinsiyeti: 1-erkek 2-kadın

3-Yaşı:

4-Hastalığın başladığı yaş:

5-Hastalık süresi:

6-Medeni durum: 1-evli 2-bekar

7-Birlikte yaşadığı kişiler: 1-yalnız 2-eş ve çocuklar 3-Anne, baba, kardeşler
4-Yurt ya da kurum

8-Ailenin gelir düzeyi : 1-500 milyon ve altı 2-500 milyon-1,5 milyar arası
3-1,5 milyar ve üstü

9-Eğitim durumu : 1-İlkokulu bitirmemiş 2-İlkokul mezunu 3-ortaokul mezunu
4-Lise mezunu 5-Yüksekokul ve daha ileri eğitim

10-İş durumu: 1-Düzenli bir işi var. 2-Düzensiz çalışıyor. 3-Hiç çalışmamış, çalışmıyor 4-Malulen emekli 5-Emekli

11-Meslek çalışıyor 1-Memur 2-Ev hanımı 3-Öğrenci 4-İşçi 5-Serbest
6-Çiftçi 7-Diğer

12-Son beş yıldır yaşadığı yer : 1-köy 2-kasaba, ilçe 3-şehir 4-yurt dışı

13-Daha önce hastanede yatarak tedavi olma sıklığı:

14-Daha önce intihar girişimi : 1-Var 2-Yok

15-Kaç kez intihar girişiminde bulunmuş :

16-Manik Atak Sıklığı:

17-Depresif atak Sıklığı:

EK2

SCID-CV Puanlama Cetveli

TANI ÖZETİ

SCID-CV TANI ÖLÇÜTLERİ

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Şu anda	Yaşam Boyu		Bipolar I Bozukluğu (D4. s. 36)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.40	Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Hipomanik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.0x	Bipolar I Bozukluğu, Tek Manik Epizod
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.4x	Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Manik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.6x	Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Mikst
		296.5x	Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Depresif
			<i>belirleyiciyi beşinci-basamakta gösteriniz:</i>
		__ 1	Hafif
		__ 2	Orta Derecede
		__ 3	Psikotik Özellikler Olmayan, Ağır
		__ 4	Psikotik Özellikler Olan, Ağır
		__ 5	Kısmi Remisyonda
		__ 6	Tam Remisyonda
		__ 0	Belirlenmemiş
		296.7	Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Belirlenmemiş
			Diğer Bipolar Bozukluklar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.89	Bipolar II Bozukluğu (s. 37, D9)
			<i>belirleyicileri gösteriniz:</i>
		__	hipomanik
		__	depresif
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	301.13	Siklotimik Bozukluk (s. 37, D12)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.80	BTA Bipolar Bozukluk (s. 37, D12)
			Majör Depresif Bozukluk (s. 38, D16)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.2x	Majör Depresif Bozukluk, Tek Epizod
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.3x	Majör Depresif Bozukluk, Rekürren
			<i>belirleyiciyi beşinci basamakta gösteriniz:</i>
		__ 1	Hafif
		__ 2	Orta Derecede
		__ 3	Psikotik Özellikler Olmayan, Ağır
		__ 4	Psikotik Özellikler Olan, Ağır
		__ 5	Kısmi Remisyonda
		__ 6	Tam Remisyonda
		__ 0	Belirlenmemiş
			Diğer Depresif Bozukluklar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.4	Distimik Bozukluk (s. 23, A60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	311	BTA Depresif Bozukluk (s. 39, D19)

TANI ÖZETİ

SCID-CV Puanlama Cetveli

Şu anda Yaşam Boyu

Diğer Duygudurum Bozuklukları

293.82 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu (s. 24, A64)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

belirleyicileri gösteriniz:

___ Majör Depresif - benzeri Epizod

___ Diğer Depresif Semptomlar

___ Manik

___ Mikst

291.8 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu (s. 25, A69)

belirleyicileri gösteriniz.

___ Depresif

___ Manik

___ Mikst

292.84 Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu (s. 25, A69)

Maddeyi Belirtiniz: _____

belirleyicileri gösteriniz:

___ Depresif

___ Manik

___ Mikst

ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Şizofreni (s. 29, C7)

belirleyicileri gösteriniz:

___ 295.30 Paranoid Tip (s. 30, C8)

___ 295.20 Katatonik Tip (s. 30, C9)

___ 295.10 Dezorganize Tip (s. 30, C10)

___ 295.90 Belirlenmemiş Tip (s. 30, C11)

___ 295.60 Rezidüel Tip (s. 30, C12)

295.40 Şizofreniform Bozukluk (s. 30, C15)

295.70 Şizoaftif Bozukluk (s. 31, C20)

297.1 Sanrsal Bozukluk (s. 32, C26)

298.8 Kısa Psikotik Bozukluk (s. 33, C31)

293.81 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden (s. 34, C34)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

293.82 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden (s. 34, C34)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

291.5 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden (s. 35, C38)

291.3 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden (s. 35, C38)

292.11 Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden (s. 35, C38)

Maddeyi Belirtiniz: _____

292.12 Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden (s. 35, C38)

Maddeyi Belirtiniz: _____

298.9 BTA Psikotik Bozukluk (s. 35, C39)

MADDE KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Şu anda	Yaşam Boyu	Alkol Kullanım Bozuklukları
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	303.90 Alkol Bağımlılığı (s. 42, E15)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.00 Alkol Kötüye Kullanımı (s. 42, E16)
		Diğer Maddelerin Kullanım Bozuklukları
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.90 Amfetamin Bağımlılığı (s. 46, E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.30 Kannabis Bağımlılığı (s. 46, E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.20 Kokain Bağımlılığı (s. 46, E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.50 Hallüsinasyon Bağımlılığı (s. 46 E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.60 İnhalan Bağımlılığı (s. 46 E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.00 Opiyat Bağımlılığı (s. 46 E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.60 Fensiklidin Bağımlılığı (s. 46 E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.10 Sedatif, Hipnotik ve Anksiyolitik Bağımlılığı (s. 46 E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.90 Diğer (ya da Bilinmeyen) Maddelerin Bağımlılığı (s. 46 E31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.70 Amfetamin Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.20 Kannabis Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.60 Kokain Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.30 Hallüsinojen Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.90 İnhalan Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.50 Opiyat Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.90 Fensiklidin Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.40 Sedatif, Hipnotik ya da Anksiyolitik Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.90 Diğer (ya da Bilinmeyen) Maddelerin Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.21 Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu (s. 49, F23)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.01 Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu (s. 49, F24)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.03 Obsesif Kompulsif Bozukluk (s. 52, F38)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	309.81 Posttravmatik Stres Bozukluğu (s. 56, F64)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.0 BTA Anksiyete Bozukluğu (s. 57, F71)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	293.84 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu (s. 60, F86)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

belirleyiciyi gösteriniz:

___ Yaygın Anksiyete ile Birlikte

___ Panik Ataklarıyla Birlikte

___ Obsesif Kompulsif Semptomlarla Birlikte

TANI ÖZETİ

SCID-CV Puanlama Cetveli

Şu anda Yaşam Boyu

291.8 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu (s. 62, F91)

belirleyiciyi gösteriniz:

__ Yaygın Anksiyete Gösteren

__ Panik Atakları Gösteren

__ Obsesif Kompulsif Semptomlar Gösteren

__ Fobik Semptomlar Gösteren

292.89 Diğer Maddelerin Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu (s. 62, F91)

Maddeyi Belirtiniz: _____

belirleyiciyi gösteriniz:

__ Yaygın Anksiyete Gösteren

__ Panik Atakları Gösteren

__ Obsesif Kompulsif Semptomlar Gösteren

__ Fobik Semptomlar Gösteren

Diğer Anksiyete Bozuklukları

300.22 Panik Bozukluğu Öyküsü Olmadan Agorafobi (s. 56, F65)

300.23 Sosyal Fobi (s. 56, F66)

300.29 Özgül Fobi (s. 56, F67)

300.02 Yaygın Anksiyete Bozukluğu (s.56, F68)

SOMATOFORM BOZUKLUKLAR

300.81 Somatizasyon Bozukluğu (s. 58, F72)

300.82 Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk (s. 58, F72)

300.7 Hipokondriasis (s. 58, F73)

300.7 Vücut Dismorfik Bozukluğu (s. 58, F74)

YEME BOZUKLUKLARI

307.1 Anoreksiya Nervosa (s. 58, F75)

307.51 Bulimia Nervosa (s. 58, F76)

UYUM BOZUKLUKLARI

309.0 Depresif Duygudurum ile Giden Uyum Bozukluğu (s. 59, F82)

309.24 Anksiyete ile Giden Uyum Bozukluğu (s. 59, F82)

309.28 Karışık Anksiyete ve Depresif Duygudurum ile Giden Uyum Bozukluğu (s. 59, F82)

309.3 Davranım Bozukluğu ile Giden Uyum Bozukluğu (s. 59, F82)

309.4 Karışık Duygu ve Davranım Bozukluğu ile Giden Uyum Bozukluğu (s. 59, F82)

309.9 Belirlenmemiş Uyum Bozukluğu (s. 59, F82)

DİĞER DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI

Şu anda Yaşam Boyu

Kodu ve tanıyı yazınız: _____

Kodu ve tanıyı yazınız: _____

Kodu ve tanıyı yazınız: _____

DSM-IV Eksen IV Psikososyal ve Çevresel Sorunlar Listesi

Kontrol: Birinci destek grubuyla olan sorunlar. *Belirtiniz:* _____ Toplumsal çevre ile ilişkili sorunlar. *Belirtiniz:* _____ Eğitim ile ilgili sorunlar. *Belirtiniz:* _____ Mesleki sorunlar. *Belirtiniz:* _____ Evle ilgili sorunlar. *Belirtiniz:* _____ Ekonomik sorunlar. *Belirtiniz:* _____ Sağlık birimlerine ulaşmak ile ilgili sorunlar. *Belirtiniz:* _____ Yasal sistemle etkileşimle ilgili sorunlar/suçlar. *Belirtiniz:* _____ Psikososyal ve çevresel diğer sorunlar. *Belirtiniz:* _____

İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD) Ölçeği

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği gözönünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

İGD değerlendirmesi:

Şu anda: --

geçen yıl ---

Kod (Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)

- 100 Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhahi bir semptomu yoktur.
- 91
- 90 Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
- 81
- 80 Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklentiler tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma).
- 71
- 70 Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişilerarası ilişkileri vardır.
- 61
- 60 Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
- 51
- 50 Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
- 41
- 40 Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zamanı mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşigelir ve okulda başarısızdır).
- 31
- 30 Davranışları hezeyanlar ve hallüsinasyonlardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen ekkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevsel değildir (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi evi ya da arkadaşları yoktur).
- 21
- 20 Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizmdedir).
- 11
- 10 Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
- 1
- 0 Bilgi yetersiz.

SCID-CV Puanlama Cetveli

GÖZDEN GEÇİRME

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Doğum tarihiniz?	<i>Doğum Günü:</i> — — — gün ay yıl	P1
Evli misiniz? HAYIRSA: Hiç evlendiniz mi?	<i>Evlilik Durumu:</i> 1—Evli ya da biriyle evli gibi yaşıyor 2—Dul 3—Boşanmış ya da evliliği iptal olmuş 4—Ayrı yaşıyor 5—Hiç evlenmemiş	P2
Çocuğunuz var mı? EVETSE: Kaç tane?		P3
Nerede yaşıyorsunuz? Kimlerle yaşıyorsunuz?		P4

OKUL ÖYKÜSÜ

Toplam eğitim süreniz kaç yıl? OKULU BİTİREMEDİYSE: Niçin bitiremediniz?	<i>Eğitim:</i> 1—İlkokul ve daha alt düzey 2—Ortaokul 3—Lise ve eşdeğer okullar 4—Kolej 5—2 yıllık yüksek okullar/teknik okullar 6—4 yıllık fakülte 7—Yüksek lisans 8—Eğitimi tamamlamış/doktora yapmış	P5
--	---	----

MESLEK ÖYKÜSÜ

<p>Ne çeşit bir işte çalışıyorsunuz?</p> <p>Şu anda çalışıyor musunuz?</p> <p>EVETSE: Ne zamandır o işte çalışıyorsunuz?</p> <p>6 AYDAN AZSA: En son işinizden neden ayrıldınız?</p> <p>Hep bu tür işlerde mi çalıştınız?</p> <p>HAYIRSA: Neden bu iş?</p> <p>Daha önce ne tür işlerde çalıştınız?</p> <p>Geçiminizi nasıl sağlıyorsunuz? Şu anda?</p>		P6
<p>BİLİNMIYORSA: Hiç iş yapmadığınız ya da okula gitmediğiniz bir dönem oldu mu?</p> <p>EVETSE: Ne zaman? Neden böyle olmuştu?</p>		P7

ŞİMDİKİ TEDAVİ DURUMU

<p>BİLİNMIYORSA: Geçen ay herhangi bir tedavi oldunuz mu?</p>	<p>1—Şu anda hastanede (özel tedavi alıyor)</p> <p>2—Ayaktan hasta</p> <p>3—Diğerleri (Adsız Alkolikler gibi)</p> <p>4—Şu anda tedavi almıyor</p>	P8
<p>YATAN HASTA İSE: Hastaneye ne zaman geldiniz?</p> <p>AYAKTAN HASTA İSE: Ne zaman bu programa (klinik/muayenelere) gelmeye başladınız?</p>		P9

SCID-CV Puanlama Cetveli

ESAS YAKINMA VE SORUNUN TANIMLANMASI

<p>Buraya başvurmanıza (şu anda) ne neden oldu? (Şu anda sizi rahatsız eden en önemli sorunuz nedir?)</p> <p>ŞU ANDA VAROLAN SORUN HAKKINDA AYRINTI VERİLMEZSE: Biraz daha ayrıntılı anlatınız (Ne demek istiyorsunuz?)</p>		P10
---	--	-----

ŞİMDİKİ HASTALIĞIN YA DA ALEVLENMENİN BAŞLAMASI

<p>Rahatsızlığınız ne zaman başladı? (Birşeylerin yolunda gitmediğini ilk ne zaman farkettiliniz?)</p> <p>Kendinizi en son ne zaman iyi hissettiniz (alışmış olduğunuz gibi)?</p>		P11
---	--	-----

YENİ SEMPTOMLAR YA DA TEKRARLAYANLAR

<p>Şu anda yaşadığınız sorunlar yeni mi, yoksa daha önceki sorunlarınızın bir tekrarı mı?</p> <p>(Şu an yardım istemek için gelmenize neden olan şey nedir?)</p>		P12
--	--	-----

ÇEVRESEL SORUNLAR VE OLASI PRESİPİTANLAR

<p>Tüm bunlar başlamadan hemen önce herhangi bir sorun ya da değişiklik oldu mu?</p> <p>(Olan olayların [ŞU ANDAKİ HASTALIĞINIZ]'a neden olduğunu düşünüyor musunuz?)</p> <p>Bu durum başladığında sahip olduğunuz diğer sorunlar nelerdi?</p>		P13
--	--	-----

ŞİMDİKİ HASTALIĞIN GİDİŞİ YA DA ALEVLENMELER

Hastalık başladıktan sonra ne oldu? (Başka şeyler de canınızı sıkmaya başladı mı?)		P14
Bu durum başladığından beri, kendinizi ne zaman en kötü hissettiniz? BİR YILDAN FAZLAYSA: Geçen yıl içinde, kendinizi ne zaman en kötü hissettiniz?		P15

TEDAVİ ÖYKÜSÜ

Duygusal ya da psikiyatrik sorunlarınız için ilk olarak ne zaman birini gördünüz? (Bu ne içindi? Ne gibi tedavi(ler) aldınız? Hangi ilaçları kullandınız?) İlaç ya da alkol için tedavi oldunuz mu? PUANLAMA CETVELİ SAYFA 12'DEKİ YAŞAM KARTI, PSİKOPATOLOJİ VE TEDAVİNİN KARMAŞIK ÖYKÜSÜ İÇİN DÖKÜMAN OLARAK KULLANILABİLİR		P16
Daha önce hiç psikiyatri servisinde buldunuz mu? EVETSE: Bu ne içindi? (Ne kadar sürdü?) YETERSİZ YANIT VERİRSE KİBARCA ZORLAYINIZ? Örn. bir başka sorun var mıydı? İnsanlar psikiyatri hastanelerine genellikle sadece [YORGUN/SİNİRLİ/KENDİ KELİMELERİNİZ] oldukları için gitmezler.		P17
Tıbbi yakınmalarınız için daha önce hiç hastanede buldunuz mu? EVETSE: Bu ne içindi?		P18

SCID-CV Puanlama Cetveli

ŞU ANDAKİ DİĞER SORUNLAR

Geçen ay içinde hiç başka bir sorun yaşadınız mı?		P19
Ruh haliniz nasıl?		P20
Bedensel sağlığınız nasıl? (Hiç tıbbi bir sorunuz var mı?) BU BİLGİYİ EKSEN III RAPORU İÇİN KULLANINIZ.		P21
Hiç tıbbi ilaç ya da vitamin alıyor musunuz? (bunların dışında bir şey alıyorsanız bunu söyleyiniz) EVETSE: Ne kadar miktar ve sıklıkta [İLAÇ] alıyorsunuz? (Aldığınız miktarda hiç değişiklik oldu mu?)		P22
[Geçen ay içinde] ne kadar [alkol] aldınız? [Geçen ay içinde] ilaç aldınız mı? marihuana, kokain ve diğer maddeler ile ilginiz var mı?		P23

O SIRADAKİ TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK

Boş zamanlarınızı nasıl geçirirsiniz? Bu zamanları kiminle geçirirsiniz?		P24
---	--	-----

A. DUYGUDURUM EPİZODLARI

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK ÖLÇÜTLERİ

epizodun başlangıcı: _____
kontrol ediniz: şu anda _____
geçmiş _____
geçmişte ise sonlanış _____

A. 5 (ya da daha fazla). . . iki haftalık bir dönem sırasında . . . semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk almama, olması gerekir.			
A1	(1) depresif duygudurum <i>Notlar:</i>	? - +	A1
A2	(2) belirgin derecede azalmış ilgi kaybı ya da zevk alamama <i>Notlar:</i>	? - + A16 s.15	A2
A3	(3) kilo kaybı/alma; azalmış/artmış iştah <i>Notlar:</i>	? - +	A3
A4	(4) uykusuzluk ya da aşırı uyku <i>Notlar:</i>	? - +	A4
A5	(5) psikomotor ajitasyon ya da retardasyon <i>Notlar:</i>	? - +	A5

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

A. DUYGUDURUM EPİZODLARI

SCID-CV Puanlama Cetveli

A6	(6) yorgunluk ya da enerji kaybı <i>Notlar:</i>	? - +	A6
A7	(7) değersizlik ya da aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları <i>Notlar:</i>	? - +	A7
A8	(8) düşünme yetisinde azalma ya da kararsızlık <i>Notlar:</i>	? - +	A8
A9	(9) ölüm düşünceleri, intihar düşünceleri girişimi ya da planı <i>Notlar:</i>	? - +	A9
A10	A1 - A9 ARASI MADDELERİN EN AZ BEŞ ADEDİ "+" OLMASI VE A1 YA DA A2 MADDELERİNDEN EN AZ BİRİNİN BULUNMASI	? - + A16 s. 15	A10
A11	C. Klinik olarak belirgin sıkıntı ya da bozulma olması <i>Notlar:</i>	? - + A16 s. 15	A11
A12	D. Bir maddeye ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir (s. 24'ü kontrol ediniz) DİKKAT: Görüşmede soruya "EVET" yanıtı değerlendirilmenin "-" olmasına eşittir <i>Notlar:</i>	? - + A16 s. 15	A12

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

A13	E. Yas ile daha iyi açıklanamaz. <i>DİKKAT: Görüşme sorusuna "EVET" yanıtı değerlendirmenin "-" olması anlamına gelir</i>	? - + A16 s. 15	A13
A14	A, C, D VE E ÖLÇÜTLERİ "+" Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	+ ↓ Majör Depresif Epizod	A14
A15	Majör Depresif Epizodların toplam sayısı	---	A15

MANİK EPİZOD ÖLÇÜTLERİ

		epizodun başlangıcı: ____ kontrol ediniz: şu anda ____ geçmiş ____ geçmişte ise sonlanış ____	
A16	A. Olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl duygudurum . . . <i>Notlar:</i>	? - + A45 s. 21	A16
A17	. . . en az bir hafta sürmesi (hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) <i>Notlar:</i>	? - + A30 s. 18	A17
	B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki semptomlardan üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur:		
A18	(1) benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite <i>Notlar:</i>	? - +	A18

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

A. DUYGUDURUM EPİZODLARI

SCID-CV Puanlama Cetveli

A19	(2) uyku gereksimininde azalma <i>Notlar:</i>	? - +	A19
A20	(3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma <i>Notlar:</i>	? - +	A20
A21	(4) fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşisıra gelmesi yaşantısı <i>Notlar:</i>	? - +	A21
A22	(5) dikkat dağınıklığı <i>Notlar:</i>	? - +	A22
A23	(6) amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon <i>Notlar:</i>	? - +	A23
A24	(7) zevk veren etkinliklere aşırı katılma <i>Notlar:</i>	? - +	A24
A25	B1-B7 ARASI SEMPTOMLARIN EN AZ ÜÇÜ (YA DA DUYGUDURUM İRRİTABL İSE VE KABARMİŞ DEĞİLSE DÖRDÜ) “+”	? - + A45 s. 21	A25

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

A26	D. Şiddeti belirgin bozulmaya neden olacak kadar ağır <i>Notlar:</i>	? - + A39 s.19	A26
A27	E. Bir maddeye ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir (sayfa 24'ten kontrol ediniz) <i>DİKKAT:</i> Görüşme sorusuna "EVET" yanıtı, değerlendirmenin "-" olması anlamına gelir <i>Notlar:</i>	? - + A45 s. 21	A27
A28	A, C, D ve E ÖLÇÜTLERİ "+" Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	+ ↓ Manik Epizod	A28
A29	Manik Epizodların toplam sayısı	-- B1 s. 26	A29

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

HİPOMANİK EPİZOD TANI ÖLÇÜTLERİ

		epizodun başlangıcı: _____ kontrol ediniz: şu anda _____ geçmiş _____ geçmişte ise sonlanış _____			
A30	A. En az 4 gün boyunca süren sürekli kabarmış, taşkın ya da irritabl duygudurum <i>Notlar:</i>	?	-	+	A30
		A45 s. 21			
A31	B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki semptomlardan üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur (1) benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite <i>Notlar:</i>	?	-	+	A31
A32	(2) uyku gereksiniminde azalma <i>Notlar:</i>	?	-	+	A32
A33	(3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma <i>Notlar:</i>	?	-	+	A33
A34	(4) fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşisıra gelmesi yaşantısı <i>Notlar:</i>	?	-	+	A34

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

A35	(5) dikkat dağınıklığı <i>Notlar:</i>	? - +	A35
A36	(6) amaca yönelik etkinliklere artma ya da psikomotor ajitasyon <i>Notlar:</i>	? - +	A36
A37	(7) zevk veren etkinliklere aşırı katılma <i>Notlar:</i>		A37
A38	B1 – B7 arası SEMPTOMLARIN EN AZ ÜÇÜ (YA DA DUYGUDURUM İRRİTABL İSE VE KABARMİŞ DEĞİLSE DÖRDÜ) “+”dir	? - + A45 s. 21	A38
A39	C. Semptomatik olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin değişiklik olması <i>Notlar:</i>	? - + A45 s. 21	A39
A40	D. Değişikliğin başkalarınca gözlenebiliyor olması <i>Notlar:</i>	? - + A45 s. 21	A40
A41	E. Belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir ya da psikotik özellikler göstermez DİKKAT: Görüşme sorusuna “EVET” yanıtı değerlendirilmenin “-” olması anlamına gelir	? - + A26 s. 17	A41

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

A. DUYGUDURUM EPİZODLARI**SCID-CV Puanlama Cetveli**

A42	F. Bir maddeye ya da bir genel tıbbi bir duruma bağılı değildir (sayfa 24'ten kontrol ediniz) DİKKAT: Görüşme sorusuna "EVET" yanıtı değerlendirmenin "-" olması anlamına gelir.	? - + A45 s. 21	A42
A43	A, B, C, D, E ve F ölçütleri "+"dır. Burayı kontrol ediniz – Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa	? - + Hipomanik Epizod	A43
A44	Hipomanik Epizodların toplam sayısı	-- B1 s. 26	A44

DİSTİMİK BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ

A45	A. En az 2 yıl, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurumun olması <i>Notlar:</i>	? - + B1 s. 26	A45
	B. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha fazlası) bulunur:		
A46	(1) İştahsızlık ya da aşırı yemek yeme <i>Notlar:</i>	? - +	A46
A47	(2) uykusuzluk ya da aşırı uyku <i>Notlar:</i>	? - +	A47
A48	(3) düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk <i>Notlar:</i>	? - +	A48
A49	(4) düşük benlik saygısı <i>Notlar:</i>	? - +	A49
A50	(5) düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü ya da karar vermede güçlük <i>Notlar:</i>	? - +	A50

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

A. DUYGUDURUM EPİZODLARI

SCID-CV Puanlama Cetveli

A51	(6) umutsuzluk duyguları <i>Notlar:</i>	? - +	A51
A52	B. SEMPTOMLARINDAN EN AZ İKİSİ “+”	? - + B1 s. 26	A52
A53	C. Bir seferde, 2 aydan daha uzun süren, A ve B semptomlarının olmadığı bir dönem hiç olmamıştır	? - + B1 s. 26	A53
A54	O sıradaki Distimik Bozukluğun başlama yaşı	--	A54
A55	D. Bu bozukluğun ilk 2 yılı boyunca Majör Depresif Epizod geçirilmemiştir	? - + B1 s. 26	A55
A56	E. Daha önce bir Manik, Mikst ya da Hipomanik Epizod geçirilmemiştir	? - + B1 s. 26	A56
A57	F. Sadece bir kronik psikotik bozukluğun gidişi sırasında görülmez	? - + B1 s. 26	A57
A58	G. Bir maddeye ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir (sayfa 24'ten kontrol ediniz) <i>DİKKAT: Görüşme sorusuna “EVET” yanıtı, değerlendirmenin “-” olması anlamına gelir</i> <i>Notlar:</i>	? - + B1 s. 26	A58
A59	H. Klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da yetmezliğe neden olma <i>Notlar:</i>	? - + B1 s. 26	A59

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

A60	A, B, C, D, E, F, G ve H ölçütleri "+"dır.	? - +	A60
		300.4 Distimik Bozukluk	
		B1 s. 26	

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

GENEL TIBBİ DURUMA BAĞLI DUYGUDURUM BOZUKLUĞU TANI
ÖLÇÜTLERİA65
s. 26

A61	A. Duygudurumda belirgin ve sürekli bir bozukluğun olması <i>Notlar:</i>	? - +	A61
A62	B/C. Bozukluk genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik sonucudur ve bozukluk başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz <i>Notlar:</i>	? - + A65 s. 25	A62
A63	E. H. Klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da yetmezliğe neden olma <i>Notlar:</i>	? - +	A63
A64	A, B/C VE E ÖLÇÜTLERİ "+" Etyolojide genel tıbbi durumu belirleyiniz: _____ _____ Duygudurum semptomlarının tipini belirtiniz: ___ Majör Depresif Benzeri Epizod ___ Diğer Depresif Semptomlar ___ Manik ___ Mikst Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___	- + 293.83 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu	A64

A12, s. 14
A27, s. 17
A42, s. 20
A58, s. 22
D11, s. 37
D18, s. 39

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

MADDE KULLANIMININ YOL AÇTIĞI DUYGUDURUM BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

A65	<p>A. Duygudurumda belirgin ve sürekli bir bozulma</p> <p><i>Notlar:</i></p>	<p>? - +</p>	A65
A66	<p>B. İkisinden biri: (1) A tanı ölçütündeki semptomlar Madde Entoksikasyonu ya da Yoksunluğu sırasında ya da sonraki bir ay içinde ortaya çıkmıştır. (2) İlaç kullanımı bu bozukluk ile etyolojik olarak ilişkilidir.</p>	<p>? - +</p> <p>A12, s. 14 A27, s. 17 A42, s. 20 A58, s. 22 D11, s. 37 D18, s. 39</p>	A66
A67	<p>C. Bu bozukluk madde kullanımının yol açmadığı bir Duygudurum Bozukluğu ile de açıklanamaz.</p> <p><i>Notlar:</i></p>	<p>? - +</p> <p>A12, s. 14 A27, s. 17 A42, s. 20 A58, s. 22 D11, s. 37 D18, s. 39</p>	A67
A68	<p>E. Klinik açıdan belirgin sıkıntı ya da yetmezliğe neden olma</p> <p><i>Notlar:</i></p>	<p>? - +</p>	A68
A69	<p>A, B, C, VE E ÖLÇÜTLERİ “+”</p> <p>Alkol için kod 291.8, Diğer maddeler için kod 292.84 Maddeyi belirleyiniz: _____</p> <p>Duygudurum semptomlarının tipini belirtiniz:</p> <p>___ depresif ___ manik ___ mikst</p> <p>Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz. ___</p>	<p>- +</p> <p>↓</p> <p>291.8/292.84 Madde Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu</p> <p>A12, s. 14 A27, s. 17 A42, s. 20 A58, s. 22 D11, s. 37 D18, s. 39</p>	A69

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

B. PSİKOTİK VE EŞLİK EDEN SEMPTOMLAR

B1	Referans hezeyanlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B1
B2	Persekütuar hezeyanlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B2
B3	Grandiöz hezeyanlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B3
B4	Somatik hezeyanlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B4
B5	Diğer hezeyanlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B5
B6	İşitsel hallüsinasyonlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B6
B7	Görsel hallüsinasyonlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B7

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşik altı); += var

B8	Dokunma hallüsinasyonları <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B8
B9	Diğer hallüsinasyonlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B9
B10	Katatonik Davranışlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B10
B11	İleri derecede dezorganize davranışlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B11
B12	İleri derecede uygunsuz duygulanım <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B12
B13	Dezorganize konuşmalar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B13
B14	Negatif semptomlar <i>Tanımlayınız:</i>	? - +	B14

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

PSİKOTİK BOZUKLUKLARIN AYIRICI TANISI

		D1 s. 36	
C1	Psikotik semptomlar, duygudurum semptomlarından farklı zamanda meydana gelir	hayır evet	C1
		D1 s. 36	

ŞİZOFRENİ ÖLÇÜTLERİ

C2	A. Bir aylık süre boyunca aktif dönem semptomlarının olması	hayır evet	C2
		C21 s. 32	
C3	D. Şizoaffektif Bozukluk ve Psikotik Özellikli Duygudurum Bozuklukları dışlanmıştır	hayır evet	C3
		C16 s. 31	
C4	C. Süre 6 ay	hayır evet	C4
		C13 s. 30	
C5	B. İşlevsellik belirgin şekilde bozulma	hayır evet	C5
		C39 s. 35	
C6	E. Bir maddeye ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olmama (s. 34'ten kontrol ediniz)	hayır evet	C6
		D1 s. 36	
C7	A, B, C, D ve E ölçütleri karşılandı. Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	↓	C7
		Şizofreni	

C. PSİKOTİK BOZUKLUKLARIN AYIRICI TANISI

SCID-CV Puanlama Cetveli

C8	295.30 Şizofreni, Paranoid tip	hayır	evet	C8
			D1 s. 36	
C9	295.20 Şizofreni, Katatonik Tip	hayır	evet	C9
			D1 s. 36	
C10	295.10 Şizofreni, Dezorganize Tip	hayır	evet	C10
			D1 s. 36	
C11	295.90 Şizofreni, Ayrışmamış Tip	hayır	evet	C11
			D1 s. 36	
C12	295.60 Şizofreni, Rezidüel Tip	hayır	evet	C12
			D1 s. 36	

ŞİZOFRENİFORM BOZUKLUK ÖLÇÜTLERİ

C13	B. Bozukluk en az bir ay ancak 6 aydan daha kısa bir süre sürer	hayır	evet	C13
			C27 s. 33	
C14	A. Bir maddeye ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir (s. 34'ten kontrol ediniz)	hayır	evet	C14
			D1 s. 36	
C15	B ve C ÖLÇÜTLERİ KARŞILANDI Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____			C15
			↓	
			295.40 Şizofreniform Bozukluk	
			D1 s. 36	

ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ

C16	A. Şizofrenideki "A" semptomları ile eşzamanlı Duygudurum epizodu	hayır evet	C16
		C39 s. 35	
C17	B. Duygudurum semptomlarının olmadığı en az 2 hafta boyunca hezeyanlar ya da hallüsinasyonlar	hayır evet	C17
		C39 s. 35	
C18	C. Zamanın önemli bir bölümünde duygudurum semptomları bulunur	hayır evet	C18
		C39 s. 35	
C19	D. Bir maddeye ya da genel tıbbi durumun etkilerine bağlı değildir (s. 34'ü kontrol ediniz)	hayır evet	C19
		D1 s. 36	
C20	A, B, C VE D ÖLÇÜTLERİ KARŞILANDI Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____		C20
			295.70 Şizoaffektif Bozukluk
			D1 s. 36

SANRISAL BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ

C21	A. Bizar olmayan hezeyanlar	hayır evet	C21
		C27 s. 33	
C22	B. Şizofreni için A tanı ölçütü hiçbir zaman karşılanmamıştır	hayır evet	C22
		C39 s. 35	
C23	C. İşlevsellik açıkça acayip ya da bizar değildir	hayır evet	C23
		C39 s. 35	
C24	D. Duygudurum epizodlarının süresi hezeyanların süresine göre daha kısadır	hayır evet	C24
		C39 s. 35	
C25	E. Bir maddeye ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir	hayır evet	C25
		D1 s. 36	
C26	A, B, C, D, VE E ÖLÇÜTLERİ KARŞILANDI Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____		C26
		297.1 Sanrısız Bozukluk	
		D1 s. 36	

KISA PSİKOTİK BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ

C27	A. Bir ya da birden daha fazla psikotik semptomun olması	hayır evet	C27
		C39 s. 35	
C28	B. Epizodun süresinin en az bir gün ancak bir aydan kısa olması	hayır evet	C28
		C39 s. 35	
C29	C. (1). Bu bozukluk Duygudurum Bozukluğu, Şizoeffektif Bozukluk ya da Şizofreni tarafından daha iyi açıklanamaz	hayır evet	C29
		C39 s. 35	
C30	D. Bir maddeye ya da genel tıbbi durumun etkilerine bağlı değildir (s. 34'ü kontrol ediniz)	hayır evet	C30
		D1 s. 36	
C31	A, B VE C ÖLÇÜTLERİ KARŞILANDI		C31
	Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____		
			298.8 Kısa Psikotik Bozukluk
			D1 s. 36

**GENEL TIBBİ DURUMA BAĞLI PSİKOTİK BOZUKLUĞUN
TANI ÖLÇÜTLERİ**

C32	A. Belirgin hallüsinasyonlar ya da hezeyanlar <i>Notlar:</i>	? - +	C32
C33	B/C. Bozukluk genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik bir sonucudur ve bozukluk başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz <i>Notlar:</i>	? - + C35 s. 35	C33
C34	A VE B/C ÖLÇÜTLERİ KARŞILANIR Kod 293.81 Hezeyanlarla giden Kod 293.82 Hallüsinasyonlarla giden Genel tıbbi durumu belirtiniz Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - + ↓	C34

Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk

C6, s. 29
C14, s. 30
C19, s. 31
C25, s. 32
C30, s. 33

MADDE KULLANIMININ YOL AÇTIĞI PSİKOTİK BOZUKLUK

C35	A. Belirgin hallüsinasyonlar ya da hezeyanlar <i>Notlar:</i>	? - +	C35
C36	B. İkisinden biri: (1) A Tanı ölçütündeki semptomlar Madde Entoksikasyonu ya da Yoksunluğu sırasında ya da sonraki bir ay içinde ortaya çıkmıştır ya da (2) ilaç kullanımı bu bozuklukla etyolojik olarak ilişkilidir <i>Notlar:</i>	? - + C6, s. 29 C14, s. 30 C19, s. 31 C25, s. 32 C30, s. 33	C36
C37	C. Bu bozukluk madde kullanımının yol açmadığı bir Psikotik Bozuklukla daha iyi açıklanamaz <i>Notlar:</i>	? - + C6, s. 29 C14, s. 30 C19, s. 31 C25, s. 32 C30, s. 33	C37
C38	A, B VE C ÖLÇÜTLERİ KARŞILANDI Kod: 291.5 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden 291.3 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden 292.11 Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden 292.12 Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	- + 291.5/291.3/ 292.11/292.12 Madde Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk C6, s. 29 C14, s. 30 C19, s. 31 C25, s. 32 C30, s. 33	C38
C39	298.9 Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	hayır evet D1 s. 36	C39

D. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

BİPOLAR I BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

		E1 s. 40			
D1	Bir ya da birden çok Manik ya da Mikst Epizod öyküsü (A28, s. 17'ye bakınız)	hayır	evet	D5 s. 37	D1
D2	Genel Tıbbi Duruma Bağlı ya da madde kullanımına bağlı olmayan en az bir Manik ya da Mikst Epizod	hayır	evet	D5 s. 37	D2
D3	Şizoaffektif Bozuklukla daha iyi açıklanamayan en az bir Manik ya da Mikst Epizod vardır ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Sanırsal Bozukluk ya da Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir	hayır	evet	D5 s. 37	D3
D4	BİPOLAR I BOZUKLUĞU: İlk olarak şu andaki epizoddan temel alan tanı kodlarının dört rakamını seçiniz (beşinci rakam şiddeti gösterir) Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____ Birinci rakamı kontrol ediniz: __ 296.40 En Son Epizod Hipomanik __ 296.0x Tek Manik Epizod __ 296.4x En Son Epizod Manik __ 296.6x En Son Epizod Mikst __ 296.5x En Son Epizod Depresif Beşinci rakamı kontrol ediniz: __ 1 —Hafif __ 2 —Orta __ 3 —Ağır, Psikotik Özellikleri Olmayan __ 4 —Ağır, Psikotik Özellikleri Olan __ 5 —Kısmi Remisyon __ 6 —Tam Remisyon __ 0 —Belirlenmemiş __ 296.7 En Son Epizod Belirlenmemiş			E1 s. 40	D4

BİPOLAR II BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

D5	Genel Tıbbi Duruma ya da Madde Kullanımına bağı olmayan en az bir Hipomanik Epizod (A43, s. 20'ye bakınız)	hayır evet D10 aşağıda	D5
D6	Genel Tıbbi Duruma Bağı ya da Madde Kullanımına bağı olmayan en az bir Majör Depresif Epizod (A14, s. 15'e bakınız)	hayır evet D10 aşağıda	D6
D7	Manik ya da Mikst Epizodun hiç olmaması	hayır evet D10 aşağıda	D7
D8	Şizoafektif Bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Sanırsal Bozukluk ya da Başka Türlü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir.	hayır evet D10 aşağıda	D8
D9	O sıradaki (ya da en son) epizodu belirtiniz: __ 296.89 Bipolar II Bozukluğu, Hipomanik __ 296.89 Bipolar II Bozukluğu, Depresif Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz __	E1 s. 40	D9

DİĞER BİPOLAR BOZUKLUKLAR

D10	Klinik açıdan belirgin manik ya da hipomanik semptomlar	hayır evet D13 s. 38	D10
D11	Genel tıbbi bir duruma ya da bir maddeye bağı değildir (s. 24'ü kontrol ediniz)	hayır evet D13 s. 38	D11
D12	Tipini belirtiniz: __ 301.13 Siklotimik Bozukluk __ 296.80 Başka Türlü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz __	E1 s. 40	D12

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ

D13	Genel Tıbbi Bir Duruma ya da Madde Kullanımına bağlı olmayan en az bir Majör Depresif Epizod (A14, s. 15'e bakınız)	hayır evet D17 s. 39	D13
D14	Şizoafektif Bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Sanırsal Bozukluk ya da Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk üzerine binmiş değildir.	hayır evet D17 s. 39	D14
D15	Manik, Mikst ya da Hipomanik Epizodun hiç olmaması	hayır evet D17 s. 39	D15
D16	MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK İlk olarak epizodların sayısını temel alan dört rakam seçiniz (beşinci rakam şiddeti gösterir) Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____ Birini seçiniz: __ 296.2x Majör Depresif Bozukluk, Tek Epizod __ 296.3x Majör Depresif Bozukluk, Rekürren Beşinci rakamı belirtiniz: __ 1 — Hafif __ 2 — Orta __ 3 — Ağır, Psikotik Özellikleri olmayan __ 4 — Ağır, Psikotik Özellikleri olan __ 5 — Kısmi Remisyonda __ 6 — Tam Remisyonda __ 0 — Belirlenmemiş	E1 s. 40	D16

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN DEPRESİF BOZUKLUK

D17	Klinik açıdan belirgin depresif semptomlar	hayır evet E1 s. 40	D17
D18	Bir maddeye ya da bir genel tıbbi duruma bağlı değildir (s. 24'ü kontrol ediniz)	hayır evet E1 s. 40	D18
D19	311 Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	E1 s. 40	D19

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

E. ALKOL VE DİĞER MADDELERİN KULLANIM BOZUKLUKLARI

E7
s. 41

E1	Bir aşırı içki içme dönemi YA DA alkol ile ilişkili sorun olduğuna yönelik bir kanıtın olması	? - + E17 s. 43	E1
-----------	---	-----------------------	-----------

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI TANI ÖLÇÜTLERİ

A. 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden biri (ya da birden fazlası) ile kendini gösterdiği üzere klinik açıdan belirgin bozulma ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:			
E2	(1) işte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama <i>Notlar:</i>	? - +	E2
E3	(2) fiziksel olarak tehlikeli durumlarda kullanma <i>Notlar:</i>	? - +	E3
E4	(3) alkolle ilişkili, yineleyici bir biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar <i>Notlar:</i>	? - +	E4
E5	(4) alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği sorunlara karşı alkol kullanımını sürdürme <i>Notlar:</i>	? - +	E5
E6	KÖTÜYE KULLANIM MADDELERİNİN EN AZ BİRİ “+”	? - + E17 s. 43	E6

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

E. ALKOL VE DİĞER MADDELERİN KULLANIM BOZUKLUKLARI

E7
s. 41

E1	Bir aşırı içki içme dönemi YA DA alkol ile ilişkili sorun olduğuna yönelik bir kanıtın olması	? - + E17 s. 43	E1
-----------	---	-----------------------	-----------

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI TANI ÖLÇÜTLERİ

A. 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden biri (ya da birden fazlası) ile kendini gösterdiği üzere klinik açıdan belirgin bozulma ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:			
E2	(1) işte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama <i>Notlar:</i>	? - +	E2
E3	(2) fiziksel olarak tehlikeli durumlarda kullanma <i>Notlar:</i>	? - +	E3
E4	(3) alkolle ilişkili, yineleyici bir biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar <i>Notlar:</i>	? - +	E4
E5	(4) alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği sorunlara karşı alkol kullanımını sürdürme <i>Notlar:</i>	? - +	E5
E6	KÖTÜYE KULLANIM MADDELERİNİN EN AZ BİRİ “+”	? - + E17 s. 43	E6

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

ALKOL BAĞIMLILIĞI TANI ÖLÇÜTLERİ

12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:			
E7	(3) çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alma <i>Notlar:</i>	? - +	E7
E8	(4) alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır <i>Notlar:</i>	? - +	E8
E9	(5) alkolü elde etmek, alkolü kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama <i>Notlar:</i>	? - +	E9
E10	(6) kullanım yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır <i>Notlar:</i>	? - +	E10
E11	(7) sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın kullanımı sürdürülür <i>Notlar:</i>	? - +	E11
E12	(6) tolerans <i>Notlar:</i>	? - +	E12

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

E/ALKOL/DİĞER MADDELER

SCID-CV Puanlama Cetveli

E13	(2) yoksunluk <i>Notlar:</i>	? - +	E13
E14	BAĞIMLILIK MADDELERİNDEN EN AZ 3 TANESİ "+"dır ve 12 AYLIK DÖNEM İÇİNDE MEYDANA GELİR	? - + E2, s. 40 E16, aşağıda	E14
E15	303.90 Alkol Bağımlılığı Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	+ Alkol Bağımlılığı	E15
		E17 s. 43	
E16	305.00 Alkol Kötüye Kullanımı Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	+ Alkol Kötüye Kullanımı	E16
		E17 s. 43	

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

ALKOL DIŞI MADDELERİN KULLANIM BOZUKLUKLAR

E17

HERHANGİ BİR ZAMAN KULLANILAN HER İLACIN ADINI DAİRE İÇİNE ALINIZ (YA DA VARSA "DİĞERLERİNİN" ADINI YAZINIZ)

EN AĞIR KULLANIM DÖNEMİNİ KAYDEDİNİZ (YAŞ YA DA TARİH, NE SÜREYLE) VE KULLANIM ÖRÜNTÜLERİNİ TANIMLAYINIZ

E17

<i>Sedatifler-Hipnotikler-Anksiyolitikler:</i> _____	
<i>Kannabis:</i> Marihuana, haşhaş, THC ve diğerleri: _____	
<i>Uyarıcılar:</i> Amfetamin ve diğerleri: _____	
<i>Opiyaller:</i> Eroin, morfin, opium, Metadon, Darvon, kodein, Percodan, Demerol, Dilaudid, ve diğerleri: _____	
<i>Kokain:</i> Burundan, IV, freebase, crack, "speedball" ve diğerleri: _____	
<i>Hallüsinojenler/Fensiklidin PCP:</i> LSD, meskalin, peyot, STP, mantar PCP ("melek tozu"), ketamin, ekstazi, MDMA ve diğerleri _____	
<i>Diğerleri:</i> Steroidler, tutkallı, inhalanlar, nitröz oksit ("güldürücü gaz"), amil ya da bütıl nitrat ("patlangaçlar"), reçetesiz uyku ya da diyet ilaçları, bilinmeyenler ve diğerleri: _____	

EN ÇOK KULLANILAN İLAÇ GRUPLARI/
EN SIK SORUNLAR:

E23
s. 45

"HIÇBİRİ" ise
F1, s. 47

ALKOL DIŞI MADDELERİ KÖTÜYE KULLANMA ÖLÇÜTLERİ

12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden biri (ya da birden fazlası) ile kendini gösterdiği üzere, klinik açıdan belirgin bozulma ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:					
E18	(1) işte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama <i>Notlar:</i>	?	-	+	E18
E19	(2) fiziksel olarak tehlikeli durumlarda kullanma <i>Notlar:</i>	?	-	+	E19
E20	(3) alkolle ilişkili, yineleyici bir biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar <i>Notlar:</i>	?	-	+	E20
E21	(4) maddelerin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği sorunlara karşın madde kullanımını sürdürme <i>Notlar:</i>	?	-	+	E21
E22	KÖTÜYE KULLANIM MADDELERİNİN EN AZ BİRİ “+”	?	-	+	E22

E17
s. 43
F1
s. 47

E32
s. 46

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

ALKOL DIŞI MADDELERE BAĞIMLILIK TANI ÖLÇÜTLERİ

	12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:		
E23	(3) çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alma <i>Notlar:</i>	? - +	E23
E24	(4) alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır <i>Notlar:</i>	? - +	E24
E25	(5) alkolü elde etmek, alkolü kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama <i>Notlar:</i>	? - +	E25
E26	(6) kullanım yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır <i>Notlar:</i>	? - +	E26
E27	(7) sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine karşın kullanımı sürdürülür. <i>Notlar:</i>	? - +	E27

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

E28	(1) tolerans <i>Notlar:</i>	? - +	E28
E29	(2) yoksunluk <i>Notlar:</i>	? - +	E29
E30	BAĞIMLILIK MADDELERİNDEN EN AZ 3 TANESİ “+”dir ve 12 AYLIK DÖNEM İÇİNDE MEYDANA GELİR	? - + E18, s. 40 E32, aşağıda	E30
E31	Belirtiniz: ___ 304.90 Amfetamin Bağımlılığı ___ 304.30 Kannabis Bağımlılığı ___ 304.20 Kokain Bağımlılığı ___ 304.50 Hallüsinojen Bağımlılığı ___ 304.60 İnhalan Bağımlılığı ___ 304.00 Opiyat Bağımlılığı ___ 304.60 Fensiklidin Bağımlılığı ___ 304.10 Sedatif, Hipnotik ya da Anksiyolitik Bağımlılığı ___ 304.90 Diğer (ya da Bilinmeyen) Madde Bağımlılığı Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___	+ ↓ Madde Bağımlılığı F1 s. 47	E31
E32	Belirtiniz: ___ 305.70 Amfetamin Kötüye Kullanımı ___ 305.20 Kannabis Kötüye Kullanımı ___ 305.60 Kokain Kötüye Kullanımı ___ 305.30 Hallüsinojen Kötüye Kullanımı ___ 305.90 İnhalan Kötüye Kullanımı ___ 305.50 Opiyat Kötüye Kullanımı ___ 305.90 Fensiklidin Kötüye Kullanımı ___ 305.40 Sedatif, Hipnotik ya da Anksiyolitik Kötüye Kullanımı ___ 305.90 Diğer (ya da Bilinmeyen) Madde Kötüye Kullanımı . Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___	+ ↓ Madde Kötüye Kullanımı F1 s. 47	E32

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

F. ANKSİYETE VE DİĞER BOZUKLUKLAR

PANİK BOZUKLUĞU ÖLÇÜTLERİ

F1	A. (1) tekrarlayıcı beklenmedik panik atakları <i>Notlar:</i>	? - + F25 s. 50	F1
F2	A. (2) aşağıdakilerden en az birinin olması; (a) panik atağının sonuçları ile ilgili endişe; (b) bir başka nöbet geçirmekle ilgili kaygı; (c) davranışlarda belirgin değişiklik <i>Notlar:</i>	? - + F25 s. 50	F2
F3	Aşağıdaki panik atağı semptomlarından dördünün (ya da daha fazlasının) birden başlaması ve 10 dakika içinde en yüksek düzeye ulaşması <i>Notlar:</i>	? - + F25 s. 50	F3
F4	(1) çarpıntı	? - +	F4
F5	(2) terleme	? - +	F5
F6	(3) titreme ya da sarsılma	? - +	F6
F7	(4) nefes darlığı	? - +	F7
F8	(5) boğulma hissi	? - +	F8
F9	(6) göğüs ağrısı	? - +	F9
F10	(7) mide bulantısı ve abdominal rahatsızlık hissi	? - +	F10
F11	(8) baş dönmesi	? - +	F11
F12	(9) derealizasyon ya da depersonalizasyon	? - +	F12
F13	(10) kontrolünü kaybetme ya da çıldırma korkusu	? - +	F13
F14	(11) ölüm korkusu	? - +	F14
F15	(12) uyuşma	? - +	F15
F16	(13) ateş basması ya da ürperme	? - +	F16

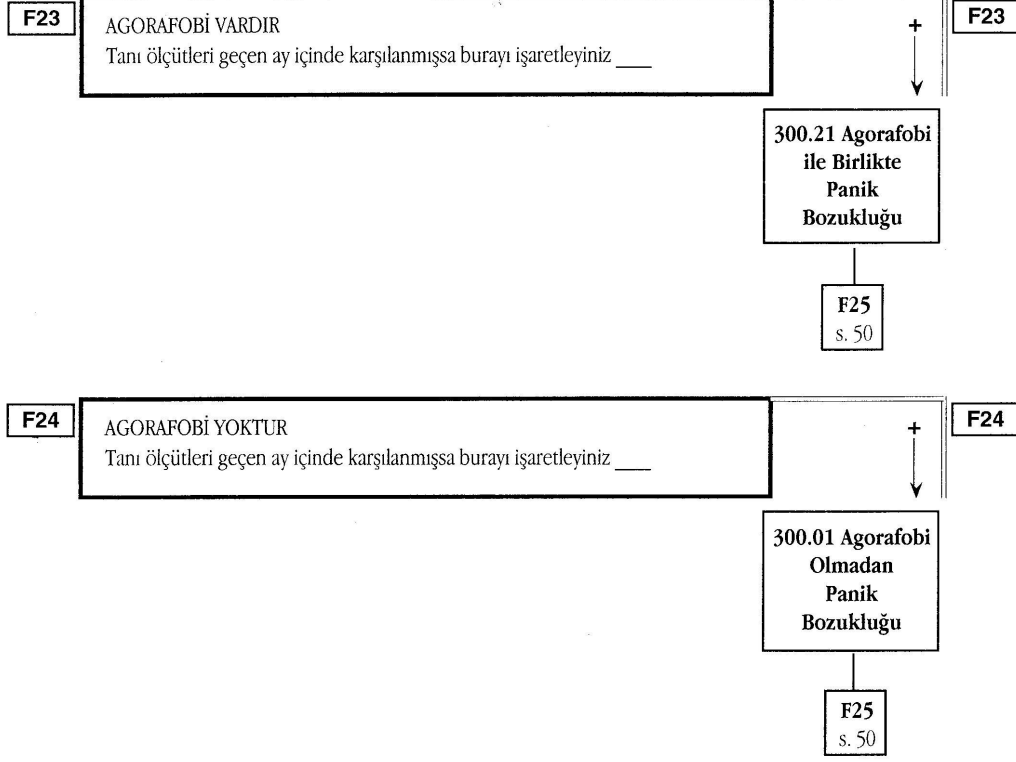
Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

F. ANKSİYETE/DİĞER BOZUKLUKLAR

SCID-CV Puanlama Cetveli

F17	(1)–(13) arası semptomların en az dördü “+”	? - + F25 s. 50	F17
F18	C. Bir maddeye ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir (s. 60’ı kontrol ediniz) <i>DİKKAT:</i> Görüşme sorusuna “EVET” yanıtı değerlendirilmenin “-” olması anlamına gelir	? - + F25 s. 50	F18
F19	D. Bir başka mental bozukluk tarafından daha iyi açıklanamaz <i>Notlar:</i>	? - + F25 s. 50 ↓ Panik Bozukluk	F19
F20	B. (1) agorafobinin olması <i>Notlar:</i>	? - + F24 s. 49	F20
F21	B. (2) agorafobik durumlardan kaçınma ya da belirgin sıkıntı ya da anksiyete ile katlanma ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinme <i>Notlar:</i>	? - + F24 s.49	F21
F22	B. (3) anksiyete ya da fobik kaçınma bir başka mental bozukluk tarafından daha iyi açıklanamaz. <i>Notlar:</i>	? - + F24 s. 49	F22

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var



Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ

F25	<p><i>Obsesyonlar:</i> (1) yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler <i>Notlar:</i></p>	<p>? - + F30 aşağıda</p>	F25
F26	<p>(2) sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir <i>Notlar:</i></p>	<p>? - + F30 aşağıda</p>	F26
F27	<p>(3) kişi bu düşüncelere önem vermemeye ya da bunları baskılamaya ya da etkisizleştirmeye çalışır <i>Notlar:</i></p>	<p>? - + F30 aşağıda</p>	F27
F28	<p>(4) kişi bunların kendi zihninin bir ürünü olduğunun farkındadır. <i>Notlar:</i></p>	<p>? - + F30 aşağıda</p>	F28
F29	<p>OBSESYONLARDAN (1), (2), (3) VE (4) “+”</p>	<p>? - +</p>	F29
F30	<p><i>Kompulsiyonlar:</i> (1) yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemler <i>Notlar:</i></p>	<p>? - + F33 s, 51</p>	F30

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

F31	(2) davranışlar ya da zihinsel eylemler sıkıntıyı önlemeye ya da azaltmaya yöneliktir <i>Notlar:</i>	? - + F33 aşağıda	F31
F32	KOMPÜLSİYONLARDAN (1) VE (2) “+”	? - +	F32
F33	HEM F29 “+”, HEM DE F32 “+” (yani hem obsesyonlar, hem de kompülsiyonlar bulunur)	? - + F39 s. 52	F33
F34	B. Kişi obsesyonların ya da kompülsiyonların aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder <i>Notlar:</i>	? - + F39 s. 52	F34
F35	C. Obsesyonlar ya da kompülsiyonlar klinik olarak belirin sıkıntıya neden olur <i>Notlar:</i>	? - + F39 s. 52	F35
F36	D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompülsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir <i>Notlar:</i>	? - + F39 s. 52	F36

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

F. ANKSİYETE/DİĞER BOZUKLUKLAR

SCID-CV Puanlama Cetveli

F37	<p>E. Bir maddeye ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir (ş. 60'ı kontrol ediniz) <i>DİKKAT:</i> Görüşme sorusuna "EVET" yanıtı değerlendirilmenin "-" olması anlamına gelir <i>Notlar:</i></p> <p>Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____</p>	<p>? - +</p> <p>F39 aşağıda</p>	F37
F38	<p>OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK A, B, C, D ve E ÖLÇÜTLERİ "+"dır Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____</p>	F38	
		<p>300.3 Obsesif- Kompulsif Bozukluk</p>	

POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

F39	TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI LİSTESİ			F39
	Kısa tanımlama	Tarih (ay/yıl)	Yaş	
	_____	___/___/___	___	
	_____	___/___/___	___	
	_____	___/___/___	___	
	_____	___/___/___	___	
	_____	___/___/___	___	
	_____	___/___/___	___	
	_____	___/___/___	___	

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:			
F40	(1) kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir <i>Notlar:</i>	? - + F65 s. 56	F40
F41	(2) tepkiler arasında yoğun korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır <i>Notlar:</i>	? - + F65 s. 56	F41
B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:			
F42	(1) olayın sıkıntı veren anıları <i>Notlar:</i>	? - +	F42
F43	(2) olayı rüyalarda görme <i>Notlar:</i>	? - +	F43
F44	(3) travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme <i>Notlar:</i>	? - +	F44

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

F. ANKSİYETE/DİĞER BOZUKLUKLAR

SCID-CV Puanlama Cetveli

F45	(4) iç ya da dış olaylarla karşılaşınca yoğun psikolojik sıkıntı duyma <i>Notlar:</i>	? - +	F45
F46	(5) iç ya da dış olaylarla karşılaşınca fizyolojik tepki gösterme <i>Notlar:</i>	? - +	F46
F47	"B" SEMPTOMLARINDAN EN AZ BİRİ "+"	? - + F65 s. 56	F47
F48	C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan) (1) düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları <i>Notlar:</i>	? - +	F48
F49	(2) travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları <i>Notlar:</i>	? - +	F49
F50	(3) travmanın önemli bir yönünü anımsayamama <i>Notlar:</i>	? - +	F50

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

F51	(4) önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması <i>Notlar:</i>	? - +	F51
F52	(5) insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları <i>Notlar:</i>	? - +	F52
F53	(6) duygulanımda kısıtlılık (örn. sevmeye duygusunu yaşayamama) <i>Notlar:</i>	? - +	F53
F54	(7) bir geleceği kalmadığı duygusunu yaşama <i>Notlar:</i>	? - +	F54
F55	"C" SEMPTOMLARINDAN EN AZ ÜÇÜ "+"	? - + F65 s. 56	F55
	D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:		
F56	uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük	? - +	F56
F57	irritabilite ya da öfke patlamaları	? - +	F57
F58	düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme	? - +	F58
F59	hipervijilans	? - +	F59
F60	aşırı irkilme tepkisi gösterme	? - +	F60
F61	D. SEMPTOMLARINDAN EN AZ İKİSİ "+"	? - + F65 s. 56	F61

Değerlendirmeler: ? = Yetersiz bilgi; - = yok (ya da esikaltı); += var

F. ANKSİYETE/DİĞER BOZUKLUKLAR

SCID-CV Puanlama Cetveli

F62	Bozukluğun süresi 1 aydan uzundur	? - +	F62
		F65 aşağıda	
F63	F. Klinik açıdan belirgin sıkıntı ya da bozulma olması	? - +	F63
		F65 aşağıda	
F64	POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU A, B, C, D, E VE F ÖLÇÜTLERİ “+” Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	+	F64
		↓	
		300.81 Post-travmatik Stres Bozukluğu	

DİĞER ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

F65	300.22 Panik Bozukluğu Öyküsü olmadan Agorofobi Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	F65
F66	300.23 Sosyal Fobi Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	F66
F67	300.29 Özgül Fobi Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	F67
F68	300.02 Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	F68

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

F69	Klinik açıdan belirgin anksiyete ya da fobik kaçınma olması <i>Notlar:</i>	? - + F72 s. 58	F69
F70	Bir maddeye ya da genel tıbbi bir duruma bağlı değildir (s. 60'ı kontrol ediniz) <i>DİKKAT:</i> Görüşme sorusuna "EVET" yanıtı değerlendirilmenin "-" olması anlamına gelir <i>Notlar:</i>	? - + F72 s. 58	F70
F71	Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	300.0 Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu	F71

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

SOMATOFORM BOZUKLUKLARI

F72	300.81 Somatizasyon Bozukluğu 300.82 Farklaşmamış Somatoform Bozukluk Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	F72
F73	300.7 Hipokondriazis <i>Notlar:</i> Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	F73
F74	300.7 Vücut Dismorfik Bozukluğu <i>Notlar:</i> Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	F74

YEME BOZUKLUKLARI

F75	307.1 Anoreksiya Nervoza <i>Notlar:</i> Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	F75
F76	307.51 Bulimia Nervoza <i>Notlar:</i> Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ____	? - +	F76

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

UYUM BOZUKLUKLARI TANI ÖLÇÜTLERİ

F77	A. gösterilebilir stres etken(ler)ine bir tepki olarak duygusal ya da davranışsal semptomların gelişmesi <i>Notlar:</i>	? - + SCID'ın SONU	F77
F78	B. Bu semptomlar ya da davranışlar klinik açıdan önemlidir <i>Notlar:</i>	? - + SCID'ın SONU	F78
F79	C. Başka bir özgül Eksen I bozukluğu için tanı ölçütleri karşılanamaz ve önceden var olan Eksen I ya da Eksen II bozukluğunun bir alevlenmesi değildir <i>Notlar:</i>	? - + SCID'ın SONU	F79
F80	D. Bu semptomlar YAS'ı göstermemektedir. <i>DİKKAT:</i> Görüşme sorusuna bir "EVET" yanıtı, değerlendirmenin "-" olması anlamına gelir. <i>Notlar:</i>	? - + SCID'ın SONU	F80
F81	E. Stres etkeni bir kez ortadan kalkınca semptomlar ek bir 6 aylık süreden daha uzun sürmez <i>Notlar:</i>	? - + D17, s. 39 F69, s. 57	F81
F82	Uyum Bozukluğu tanısı konmasına neden olan önde gelen semptomlar: Birini Belirtiniz: ___ 309.0 Depresif Duygudurum ile Giden Uyum Bozukluğu ___ 309.24 Anksiyete ile Giden Uyum Bozukluğu ___ 309.28 Karışık Anksiyete ve Depresif Duygudurum ile Giden Uyum Bozukluğu ___ 309.3 Davranım Bozukluğu ile Giden Uyum Bozukluğu ___ 309.4 Karışık Duygu ve Davranım Bozukluğu ile Giden Uyum Bozukluğu ___ 309.9 Belirlenmemiş Uyum Bozukluğu	Uyum Bozukluğu SCID'ın SONU	F82

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

**GENEL TIBBİ DURUMA BAĞLI ANKSİYETE BOZUKLUĞU
TANI ÖLÇÜTLERİ**
F87
s. 61

F83	A. Belirgin anksiyete, panik atakları, obsesyonlar ya da kompülsiyonlar <i>Notlar:</i>	? - +	F83
F84	B/C. Bozukluk bir genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik sonucudur ve bozukluk bir başka mental bozukluk tarafından daha iyi açıklanamaz anlamına gelir. <i>Notlar:</i>	? - + F87 s. 61	F84
F85	E. Semptomlar klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da bozulmaya neden olur <i>Notlar:</i>	? - +	F85
F86	A, B/C VE E ÖLÇÜTLER “+” Etyolojiye neden olan genel tıbbi durumu belirtiniz Anksiyete semptomlarının tipini belirleyiniz ___ Yaygın Anksiyete Gösteren ___ Panik Atakları Gösteren ___ Obsesif-Kompulsif Semptomlar Gösteren Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___	? - + ↓ 293.84 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu	F86

F18, s. 48
F37, s. 52
F70, s. 57

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

MADDE KULLANIMININ YOL AÇTIĞI ANKSİYETE BOZUKLUĞU

F87	A. Belirgin Anksiyete, panik atakları, obsesyonlar ya da kompüsiyonlar <i>Notlar:</i>	? - +	F87
F88	B. İkisinden biri: (1) A Tanı ölçütündeki semptomlar. Madde Entoksikasyonu ya da Yoksunluğu sırasında ya da sonraki bir ay içinde ortaya çıkmıştır ya da (2) ilaç kullanımı bu bozuklukla etyolojik açıdan ilişkilidir. <i>Notlar:</i>	? - + F18, s. 48 F37, s. 52 F70, s. 57	F88
F89	C. Bu bozukluk madde kullanımının yol açmadığı bir Anksiyete Bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz <i>Notlar:</i>	? - + F18, s. 48 F37, s. 52 F70, s. 57	F89
F90	E. Semptomlar klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da bozulmaya neden olur <i>Notlar:</i>	? - + F18, s. 48 F37, s. 52 F70, s. 57	F90

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

F. ANKSİYETE/DİĞER BOZUKLUKLAR

SCID-CV Puanlama Cetveli

F91	<p>A, B, C ve E ÖLÇÜTLERİ "+"</p> <p>Alkol için kod 291.8, diğer tüm maddeler için 292.89</p> <p>Maddeyi belirtiniz: _____</p> <p>Anksiyete Semptomlarının tipini belirleyiniz:</p> <p>___ Yaygın Anksiyete Gösteren</p> <p>___ Panik Atakları Gösteren</p> <p>___ Obsesif-Kompulsif Semptomlar Gösteren</p> <p>___ Fobik Semptomlar Gösteren</p> <p>Tanı ölçütleri geçen ay içinde karşılanmışsa burayı işaretleyiniz ___</p>	? - + ↓	F91
		291.8/292.89 Madde Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu	
		F18, s. 48 F37, s. 52 F70, s. 57	

Değerlendirmeler: ?= Yetersiz bilgi; - = yok (ya da eşikaltı); += var

Sedatifler-hipnotikler-anksiyolitikler (yatıştırıcılar):

Kannabis:

marihuana, haşhaş, THC ve diğerleri

Uyarıcılar:

amfetamin ve diğerleri

Opiyatlar:

eroin, morfin, opium, metadon, darvon, kodein, percodan, demerol, Dilaudid ve diğerleri

Kokain:

burundan, IV, freebase, crack, "speedball" ve diğerleri

Hallüsinojenler/fensiklidin PCP:

LSD, meskalin, peyot, STP, mantar PCP ("melek tozu"), ketamin, ekstazi, MDMA ve diğerleri

Diğerleri:

steroidler, "tutkallı inhalanlar, nitroz, oksit ("güldürücü gaz"), amil ya da bütıl nitrat, ("patlangaçlar"), reçetesiz uyku ya da diyet ilaçları ve diğerleri

EK 3

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇÜMÜ : KISA FORM-36 (SF-36)

Hasta No :
Hasta Adı Soyadı :
Yaşı :
Cinsiyeti : a) Erkek b) Kadın
Eğitimi (yıl) :
Medeni durumu : a) Evli b) Bekar c) Dul, boşanmış
Tarih :

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü
2. Bir yıl öncesine karşılaştığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesine göre hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü
3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?
A - Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler
I - Evet, oldukça kısıtlıyor II - Evet, biraz kısıtlıyor III - Hayır, hiç kısıtlamıyor
B - Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler
I - Evet, oldukça kısıtlıyor II - Evet, biraz kısıtlıyor III - Hayır, hiç kısıtlamıyor
C - Günlük alışverişte almanları kaldırma veya taşıma
I - Evet, oldukça kısıtlıyor II - Evet, biraz kısıtlıyor III - Hayır, hiç kısıtlamıyor
D - Merdivenle çok sayıda kat çıkma
I - Evet, oldukça kısıtlıyor II - Evet, biraz kısıtlıyor III - Hayır, hiç kısıtlamıyor
E - Merdivenle bir kat çıkma
I - Evet, oldukça kısıtlıyor II - Evet, biraz kısıtlıyor III - Hayır, hiç kısıtlamıyor
F - Eğilme veya diz çökme
I - Evet, oldukça kısıtlıyor II - Evet, biraz kısıtlıyor III - Hayır, hiç kısıtlamıyor
G - Bir iki kilometre yürüme
I - Evet, oldukça kısıtlıyor II - Evet, biraz kısıtlıyor III - Hayır, hiç kısıtlamıyor
H - Birkaç sokak öteye yürüme
I - Evet, oldukça kısıtlıyor II - Evet, biraz kısıtlıyor III - Hayır, hiç kısıtlamıyor
I - Bir sokak öteye yürüme
I - Evet, oldukça kısıtlıyor II - Evet, biraz kısıtlıyor III - Hayır, hiç kısıtlamıyor
J - Kendi kendine banyo yapma veya giyinme
I - Evet, oldukça kısıtlıyor II - Evet, biraz kısıtlıyor III - Hayır, hiç kısıtlamıyor

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?
A - İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?
I - Evet II - Hayır
B - Hedeflediğinizde daha azını mı başardınız?
I - Evet II - Hayır
C - İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?
I - Evet II - Hayır
D - İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (rneğin daha fazla çaba gerektirmesi)
I - Evet II - Hayır
5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (rneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?
A - İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?
I - Evet II - Hayır
B - Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?
I - Evet II - Hayır
C - İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?
I - Evet II - Hayır
6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?
a) Hiç etkilemedi
b) Biraz etkiledi
c) Orta derecede etkiledi
d) Oldukça etkiledi
e) Aşırı etkiledi
7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?
a) Hiç b) ok hafif c) Hafif
d) Orta e) Şiddetli f) ok Şiddetli
8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işlerinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?
a) Hiç etkilemedi
b) Biraz etkiledi
c) Orta derecede etkiledi
d) Oldukça etkiledi
e) Aşırı etkiledi
9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.
A - Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?
I - Her zaman II - çoğu zaman III - Oldukça IV - Bazen V - Nadiren VI - Hiçbir zaman
B - çok sinirli bir insan oldunuz mu?
I - Her zaman II - çoğu zaman III - Oldukça IV - Bazen V - Nadiren VI - Hiçbir zaman
C - Sizi hiçbir Őeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi zgn hissettiniz mi?
I - Her zaman II - çoğu zaman III - Oldukça IV - Bazen V - Nadiren VI - Hiçbir zaman
D - Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?
I - Her zaman II - çoğu zaman III - Oldukça IV - Bazen V - Nadiren VI - Hiçbir zaman

E - Kendinizi enerjik hissettiniz mi?

I - Her zaman II - Çoğu zaman III - Oldukça IV - Bazen V - Nadiren VI - Hiçbir zaman

F - Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?

I - Her zaman II - Çoğu zaman III - Oldukça IV - Bazen V - Nadiren VI - Hiçbir zaman

G - Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?

I - Her zaman II - Çoğu zaman III - Oldukça IV - Bazen V - Nadiren VI - Hiçbir zaman

H - Kendinizi mutlu hissettiniz mi?

I - Her zaman II - Çoğu zaman III - Oldukça IV - Bazen V - Nadiren VI - Hiçbir zaman

I - Kendinizi yorgun hissettiniz mi?

I - Her zaman II - Çoğu zaman III - Oldukça IV - Bazen V - Nadiren VI - Hiçbir zaman

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

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen
d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

A - Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.

I - Kesinlikle doğru II - Çoğunlukla doğru III - Çoğunlukla bilmiyorum IV - Yanlış V - Kesinlikle yanlış

B- Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.

I - Kesinlikle doğru II - Çoğunlukla doğru III - Çoğunlukla bilmiyorum IV - Yanlış V - Kesinlikle yanlış

C - Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.

I - Kesinlikle doğru II - Çoğunlukla doğru III - Çoğunlukla bilmiyorum IV - Yanlış V - Kesinlikle yanlış

D - Sağlığım mükemmel.

I - Kesinlikle doğru II - Çoğunlukla doğru III - Çoğunlukla bilmiyorum IV - Yanlış V - Kesinlikle yanlış

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği

Hastanın adı - soyadı : _____

Test tarihi (gün-ay-yıl) : _____

Testi uygulayan hekim : _____

1. DEPRESİF DUYGUDURUM (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

- 0= Yok.
 1= Sadece soruları yanıtlarken anlaşılıyor.
 2= Hasta bu durumları daha açık şekilde söylüyor.
 3= Depresyonun sözel olmayan belirtilerini açıkça gösteriyor (postür, yüz ifadesi, ses, ağlama).
 4= Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, sözel ve sözel olmayan yolla açıkça belirtiyor.

2. SUÇLULUK DUYGUSU

- 0= Yok.
 1= Kendini suçlu bularak, insanları üzdüğünü hissediyor.
 2= Geçmişteki hatalar veya günahlara ilişkin suçluluk düşünceleri var.
 3= O anki hastalığını bir ceza olarak kabul ediyor, suçluluk sanrıları var.
 4= Suçlayıcı veya itham edici sesler duyuyor ve/veya tehdit edici görsel varolanlar görüyor.

3. İNTİHAR

- 0= Yok.
 1= Hayatın yaşamaya değmeyeceğini hissediyor.
 2= Ölmüş olmayı arzuluyor veya kendisi için olası her türlü ölümü düşünüyor.
 3= İntihar düşünceleri veya davranışı var.
 4= İntihar girişimi (herhangi bir ciddi girişim 4 puan olarak değerlendirilir).

4. UYKUYA DALMA GÜÇLÜĞÜ ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK

- 0= Uykuya dalmada herhangi bir güçlük çekmiyor.
 1= Son üç gecedен en az birinde uykuya dalmadan önce, yarım saatten daha uzun süreyi yatakta geçiriyor.
 2= Son üç gecedен üçünde de uykuya dalmadan önce, yarım saatten daha uzun süreyi yatakta geçiriyor.

5. GECE YARISI UYANMA ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK

- 0= Yok.
 1= Son üç gecedен en az birinde, gece boyunca huzursuz ve rahatsız olmaktan yakınıyor.
 2= Her gece uyanıyor (tuvalet gereksinimi dışında her yataktan kalkış 2 puan olarak değerlendirilir).

6. SABAH ERKEN UYANMA ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK

- 0= Yok.
 1= Sabahın erken saatlerinde uyanıyor, fakat tekrar uyuyor.
 2= Yataktan kalktıktan sonra tekrar uyuyamıyor.

7. İŞ VE AKTİVİTELER

- 0= Sorun yok.
 1= Aktiviteleriyle, işiyle ya da hobileriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
 2= Aktivite, hobiler veya işe duyulan ilginin kaybolması - hasta bunu doğrudan kendi söyler veya dolaylı olarak kayıtsızlık ve kararsızlığı ile gösterir.
 3= Aktivitelere ayrılan zamanda veya üretkenlikte azalma. Hastane değerlendirmesinde, eğer hasta en az üç saatini aktivitelere (hastane işi veya hobileri) ayırmıyorsa 3 puan verin.
 4= O anki hastalığı nedeniyle çalışmayı bırakmış. Hastanede, hasta servis işleri dışında hiçbir aktiviteye katılmıyorsa veya yardım almadan servis işlerini yapamıyorsa, 4 puan ile değerlendirin.

8. RETARDASYON

(Düşünme ve konuşmada yavaşlama; konsantrasyon yeteneğinin bozulması; motor aktivitenin azalması).

- 0= Normal konuşma ve düşünme.
 1= Görüşme sırasında hafif retardasyon gözleniyor.
 2= Görüşme sırasında açıkça retardasyon gözleniyor.
 3= Görüşme yapmakta güçlük çekiyor.
 4= Tam stupor.

9. AJİTASYON

- 0= Yok.
1= Şüpheli veya hafif ajitasyon.
2= Eller, saçlar vb. ile oynama.
3= Ayakta dolaşma, sakin oturamama.
4= Ellerini ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak yeme.

10. PSİŞİK ANKSİYETE

- 0= Yok.
1= Subjektif gerilim ve iritabilite.
2= Küçük şeylerden kaygı duyma.
3= Yüzde veya konuşmada belirgin endişe ifadesi.
4= Yaşamını belirgin olarak etkileyen sıkıntı ve korkularını anlatıyor.

11. SOMATİK ANKSİYETE

(Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik belirtiler:

- Gastrointestinal - ağz kuruluğu, gaz çıkarma, hazımsızlık, diyare, kramplar, geğirme
- Kardiyovasküler - palpasyonlar, baş ağrıları
- Solunumla ilgili - hiperventilasyon, iç çekme
- Sık idrara çıkma
- Terleme.)

- 0= Yok. 1= Hafif. 2= Orta. 3= Şiddetli. 4= Çok şiddetli.

12. SOMATİK SEMPTOMLAR - GASTROİNTESTİNAL

- 0= Yok.
1= İştahsız, ancak hastane personelinin teşvikiyle yiyor. Karında şişkinlik.
2= Hastane personeli zorlamadan yemekte güçlük çekiyor. Gıda alımı azalmıştır. Kabızlıktan yakınıyor.

13. SOMATİK SEMPTOMLAR - GENEL

- 0= Yok.
1= Ekstremitelerde, sırtta veya başta ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrıları ve kas ağrıları. Enerji kaybı ve yorgunluk hissi.
2= Açıkça ve sürekli yorgun ve tükenmiştir veya belirgin bir yakınması vardır.

14. GENİTAL SEMPTOMLAR

(Libido kaybı, menstrüel bozukluklar gibi semptomlar).

- 0= Yok. (Cinsel ilgi ve aktivite her zamanki gibidir)
1= Hafif. (Cinsel istek ve zevk orta derecede azalmıştır)
2= Şiddetli. (Cinsel istek ve zevk açıkça yoktur)

15. HIPOKONDRIASİS

- 0= Yok.
1= Vücut semptom ve işlevleriyle her zamankinden biraz daha fazla meşguldür.
2= Fiziksel sağlığından belirgin olarak kaygılanmaktadır.
3= Bütün semptomlarını açıklayabilecek bir fiziksel hastalığı olduğundan emindir (örneğin beyin tümörü, kanser vb). Ancak sanrsal düzeyde değildir, ikna edilebilir.
4= Hipokondriak düşünceler sanrsal düzeydedir.

16. KİLO KAYBI

(A veya B değerlendirilmesi yapın).

A. Anamneze göre değerlendirirken:

- 0= Kilo kaybı yok.
1= Mevcut hastalığa bağlı olası kilo kaybı.
2= Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B. Haftalık ölçümlerde (doktor veya sağlık personeline yapılan).

Gerçek vücut ağırlığı değişiklikleri ölçülürken.

- 0= Haftada 0.5 kg'dan daha az kilo kaybı.
1= Haftada 0.5 kg'dan fazla kilo kaybı.
2= Haftada 1 kg'dan fazla kilo kaybı.

17. İÇGÖRÜ

- 0= Depresif ve hasta olduğunun farkında.
1= Hastalığın farkında, fakat bunu kötü gıdalar, iklim, aşırı çalışma, virüs, dinlenme ihtiyacı gibi nedenlere bağlıyor.
2= Hasta olduğunu tümüyle reddediyor.

TOPLAM PUAN

0-7= Depresyon yok 8-15= Hafif depresyon 16 ve üstü= Majör depresyon

EK 5

STAI FORM TX-1

YÖNERGE : Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru yada yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX-2

YÖNERGE : Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru yada yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Hemen her zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Herşeyi ciddiye alırım ve etkilenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi güvende hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 6

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

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 yatıştırılmayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi

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

4) Uyku

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

5) İritabilite

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

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok
2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve lâf 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, plânlar
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 talepkâr

6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç

8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım

1. Hafif derecede dağınıklık

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

3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj

4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

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

1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor

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

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

4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkâr ediyor
