



T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALAR
VE BİRİNCİ DERECE AKRABALARINDA
MİZAÇ ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI VE KLİNİĞE YANSIMALARI

Dr. Aylin ARSLAN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Feryal ÇAM ÇELİKEL

TOKAT

2012

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince yakın çalışma olanağı bulduğum, bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen başta Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD Başkanımız ve tez danışmanım Doç. Dr. Feryal Çam Çelikel'e olmak üzere, bölümümüz öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Serap Erdoğan Taycan ve Yrd. Doç. Dr. Aziz Mehmet Gökbakan'a, tezimin istatistiksel analizini yapan Yrd. Doç. Dr. İlker Etikan'a, rotasyonlarım süresince eğitimime katkıda bulunan tüm hocalarıma, eğitim süresi içerisinde birlikte çalıştığım tüm öğretim üyelerine, asistan arkadaşlarıma, hemşire ve sağlık personeline, her zaman desteklerini hissettiğim sevgili eşim Uzm. Dr. Bora Arslan ve biricik kızım Ece'ne teşekkür ederim.

ÖZET

Bu çalışmada bipolar bozukluk tanılı hastaların mizaç özelliklerini belirlemek, klinik özelliklerle, işlevsellik ve dürtüsellik düzeyleri ile ilişkisini araştırmak ve yanı sıra ailedeki mizaç özellikleri ile ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Hipotezimiz, hastaların kendi mizaç özellikleri ile ailesindeki bireylerin mizaç özellikleri arasında bir ilişkinin bulunabileceği, hastalardaki baskın mizaç özellikleri ile dürtüsellik düzeyleri arasında doğru, işlevsellik düzeyleri arasında ise ters yönde bir ilişkinin kurulabileceği yönündedir.

Çalışmamıza klinik görüşme sonucunda Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk tanısı konan ve halen remisyonda olan 60 hasta ve bu hastaların 60 sağlıklı birinci derece akrabaları dahil edildi. Tüm katılımcılara Sosyodemografik ve Tıbbi Bilgi Formu verildi ve DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I), afektif mizacı değerlendirmek için Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi Türkçe formu/MPPS-MD (TEMPS-A) anketi ve Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BB-İ), Barratt Dürtüsellik Ölçeği, 11. versiyon (BIS-11) uygulandı.

Bulgularımıza göre depresif mizaç kadınlarda daha sıklıkla; siklotimik mizaç erken hastalık başlangıç yaşı, sinirli mizaç ise psikotik özellikli atak varlığı ile ilişkiliydi. En çok depresif ve endişeli mizacın işlevselliği bozduğu; hipertimi dışında tüm mizaç özelliklerinin genel anlamda dürtüsellik düzeylerini arttırdığı; motor dürtüsellik tüm mizaç özellikleri ile ve dikkatle ilişkili dürtüsellik depresif, siklotimik ve hipertimik mizaç ile ilişkili olduğu gözlemlendi. Bulgularımız, bipolar bozukluk hastalarının ataklar arası iyilik dönemlerinde bile afektif değişimler yaşadığını ve hatta bu mizaç düzensizliklerinin etkilenmemiş akrabalarında da gözlemlendiğini ortaya koymakta ve bipolar bozukluğun gelişiminde hipertimik mizacın ailesel, olasılıkla kalıtsal, temelini doğrulamaktadır.

Anahtar kelimeler: bipolar bozukluk, mizaç, TEMPS-A, dürtüsellik, işlevsellik

ABSTRACT

The aim of this study was to explore the prevalence rates of dominant affective temperaments among patients with bipolar disorder and their unaffected first-degree relatives; and besides to evaluate the relationship between affective temperaments and the clinical features, impulsivity levels and functioning of bipolar patients. We hypothesized that temperaments had a familial link and was correlated positively with impulsivity and negatively correlated with functioning.

In this research, 60 euthymic patients, diagnosed as bipolar disorder according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV), and their 60 unaffected first-degree relatives were included. All participants completed a sociodemographic questionnaire and were administered SCID-I; affective temperaments were assessed with Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire (TEMPS-A) Turkish version. The bipolar patients were evaluated with the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) and the Bipolar Disorder Functioning Questionnaire (BDFQ).

Our results showed that depressive temperament was more frequent in females and cyclothymic temperament was correlated with earlier onset of disease, and irritable temperament in patients was associated with the presence of psychotic features. Depressive and anxious temperaments were associated with poor functioning. Temperaments, except hyperthymia, showed greater impulsivity. Besides, motor impulsivity was associated with all temperament subtypes whereas attention impulsivity with only depressive, cyclothymic and hyperthymic temperaments.

Our findings suggest that bipolar patients show affective variants even in remission, and these affective variants are observed in unaffected first-degree relatives, and therefore implicate the familial, possibly genetic basis, for the hyperthymic temperament in the genesis of bipolar disorder.

Key words: bipolar disorder, temperament, TEMPS-A, impulsivity, functioning

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
İNGİLİZCE ÖZET	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	viii
TABLolar	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. BİPOLAR BOZUKLUK	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Tarihçe	3
2.1.3. Epidemiyoloji	4
2.1.4. Etyoloji	5
2.1.5. Klinik Görünümler	6
2.1.6. Tanı Ölçütleri	8
2.1.6.a. Bipolar Bozukluk	8
2.1.6. b. Depresif Dönem	8
2.1.6.c. Manik Dönem	10
2.1.6.d. Karma Dönem	11
2.1.6.e. Hipomanik Dönem	12
2.1.6.f. Bipolar 1 Bozukluk	13
2.1.6.g. Bipolar 2 Bozukluk	14
2.1.6.h. Siklotimik Bozukluk	14
2.1.6.j. Başka Türü Adlandırılmayan BB	15
2.2. Bipolar Bozukluk ile Mizaç İlişkisi	16
2.2.a. Hipertimik Mizaç	16
2.2.b. Sınırlı Mizaç	17
2.2.c. Eşikaltı Distimik Mizaç	17
2.2.d. Siklotimik Mizaç	17

2.2.e. Afektif Mizaç ve Kliniğe Yansımaları	18
2.2.f. Afektif Mizaç ve Aile Çalışmaları	20
2.3.Bipolar Bozuklukta İşlevsellik	20
2.4. Bipolar Bozuklukta Dürtüsellik	22
3.YÖNTEM VE GEREÇLER	23
3.1. Sosyodemografik ve Sağlık Bilgi Formu	23
3.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme	23
3.3.TEMPS-A Mizaç Envanteri	24
3.4. Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği	24
3.5. Barratt Dürtüsellik Ölçeği, 11. versiyon (BIS-11)	25
4. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER	26
5. BULGULAR	27
5.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri	27
5.2. Hasta Grubunun Klinik Özellikleri	28
5.3. Afektif Mizaç Sıklığı	29
5.4. Sosyodemografik Özellikler ile Afektif Mizaç Arasındaki İlişki	30
5.5. Hasta ve hasta yakınlarının afektif mizaç özelliklerinin karşılaştırılması	31
5.6. Klinik Değişkenler ile Afektif Mizaç Arasındaki İlişki	31
5.7. İşlevsellik ile Afektif Mizaç Arasındaki İlişki	33
5.8. Dürtüsellik ile Afektif Mizaç Arasındaki İlişki	34
6. TARTIŞMA	36
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	44
KAYNAKLAR	45
EKLER	52
Ek 1: Sosyodemografik ve Tıbbi Bilgi Formu	52

KISALTMALAR

BB:	Bipolar Bozukluk
DSM-IV-TR:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı
BTA:	Başka Türü Adlanılamayan
SCID-I:	DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
BIS-11:	Barratt Dürtüsellik Ölçeği, 11. versiyon
BB-İ:	Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği
TEMPS-A:	Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire
SF-36:	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (36-item Short-Form Medical Outcomes Study Health Survey)
QLES-Q:	Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire
LFQ:	Life Functioning Questionnaire

TABLULAR

Tablo

1.	Bipolar Yelpaze Sınıflama Sistemi	7
2.	DSM-IV-TR'ye göre BB Sınıflaması	8
3.	DSM-IV-TR'ye göre Depresif Dönem Tanı Ölçütleri	10
4.	DSM-IV-TR'ye göre Manik Dönem Tanı Ölçütleri	11
5.	DSM-IV-TR'ye göre Karma Dönem Tanı Ölçütleri	12
6.	DSM-IV-TR'ye göre Hipomanik Dönem Tanı Ölçütleri	13
7.	DSM-IV-TR'ye göre BB 1 Bozukluk Tanı Ölçütleri	14
8.	DSM-IV-TR'ye göre BB 2 Bozukluk Tanı Ölçütleri	14
9.	DSM-IV-TR'ye göre Siklotimik Bozukluk Tanı Ölçütleri	15
10.	DSM-IV-TR'ye göre BTA BB Tanı Ölçütleri	16
11.	Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	27
12.	Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri	28
13.	BB Tanılı Hasta Grubunun Klinik Özellikleri	29
14.	Hasta ve Hasta Yakını Grubunda Baskın Afektif Mizacın Varlığı	30
15.	Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin TEMPS-A ile Karşılaştırılması	30
16.	Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerinin TEMPS-A ile Karşılaştırılması	31
17.	Hasta ve Hasta Yakınlarının Ortalama TEMPS-A Puanlarının Karşılaştırılması	31
18.	Hastaların Klinik Özelliklerinin TEMPS-A ile Karşılaştırılması (1)	32
19.	Hastaların Klinik Özelliklerinin TEMPS-A ile Karşılaştırılması (2)	33
20.	İşlevsellik Düzeyleri ile Afektif Mizaç Karşılaştırılması	34
21.	Dürtüsellik ile Afektif Mizaç Karşılaştırılması	35

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk (BB) hakkında bildiklerimiz son on yıl içinde hızlı ve heyecan verici düzeyde değişmiştir. Bu hastalığın yaygınlığı %5'i bulmuş ve aslında birçok durumu kapsadığı anlaşılmıştır. BB'ta karma dönemlerin ve psikotik özelliğin daha sık görüldüğü, psikiyatrik eştanımların daha sık olduğu ve birçok durumun bu tanıyı maskeleydiği anlaşılmıştır (1, 2, 3). BB'un değişken mani ve depresyon dönemleri ile süren arada normal evreler içeren kronik bir hastalık olduğu tanımı, zamanla yerini bipolar bozuklukların heterojen yapıda olduğu ve alt formları ile ilgili yeni tanımlamalar oluşturulması gerekliliği düşüncesine bırakmıştır (4).

Mizaç (temperament) kişinin doğuştan itibaren sahip olduğu ve yapısal, genetik ve biyolojik temele dayanan duygu, düşünce ve davranış özelliklerini tanımlamaktadır. Akiskal afektif mizacın duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğunu ileri sürmüş ve hipertimik, siklotimik, depresif, endişeli (anksiyöz) ve sinirli (irritabl) olmak üzere beş temel afektif mizaç olduğunu belirtmiştir (5).

BB, yaşam boyu süren bir klinik hastalık oluşu, nüfusu %5'e varan oranlarda etkilemesi, doğru tanıda 5-10 yıllık gecikme olması, sık sık hastaneye yatış gerektirmesi, birçok alanda işlevselliği olumsuz etkilemesi ve özkıyım olasılığının bulunması nedeniyle önemli sorun oluşturmaktadır (6).

BB'ta gidiş ve sonlanım her zaman iyi değildir ve ekonomik, sosyal maliyetin çok yüksek olduğu bildirilmiştir. Özellikle ek tanılı durumların fazla olması tanıyı güçleştiren faktörlerden biridir (3, 7). BB ile hastaların dürtüsellik düzeylerinin hem atak hem de ataklar arası iyilik dönemlerinde ilişkisi açıkça gösterilmiş (3), ancak dürtüsellüğün hangi alanlarda ve daha çok hangi mizaç özellikleri ile ilişkili olduğu konusu yeterince ele alınmamıştır. Son yıllarda daha etkili tedavi seçeneklerinin özellikle hastalık dönemlerinde başarıyla uygulanması ile birlikte, işlevsellik ve yaşam kalitesi gibi ölçütler ilgi odağı haline gelmiştir. Yapılan çalışmalar genel olarak bu hastaların yaşam kalitesinde ve çeşitli işlevsellik alanlarında önemli düşüşler olduğunu belirtmiştir (8, 9). Literatürde BB hastalarının iş, sosyal ve aile/ev yaşamı gibi alanlarda olumsuz etkilendiğinin doğrulandığı, ancak işlevsellik düzeyleri değerlendirilirken mizaç özelliklerinin dikkate alınmadığı görülmektedir.

Farklı mizaç özelliklerinin belirli psikiyatrik bozukluklara zemin hazırladığı düşünülmektedir (10). Yapılan çalışmalarda mizaç değerlendirme ölçekleri ile belirlenen depresif, hipertimik, siklotimik, sinirli ve endişeli mizaçların depresif bozukluk ya da BB'a özgül olup olmadığı incelenmiş ve mizacın, duygudurum bozukluğunun ortaya çıkışını ve özelliklerini belirlediğine ilişkin sonuçlara ulaşılmıştır (11).

Günümüzde BB yelpazesinin bir ucunda afektif mizacın yer aldığı düşünülmektedir (12). Afektif mizacın bir duygudurum hastalık dönemi ölçütlerini doldurmamakla birlikte tanısal olarak geçerli, yapısal ve genetik olarak aktarılabilir olduğu ancak tedavi gerektirmediği kabul edilmektedir. Afektif mizaç, BB'un etiyolojisi, fenomenolojisi ve tedavisi ile ilişkili bulunmakta ve afektif mizaç ve BB ilişkisinde öne sürülen özellikler arasında ailesel yüklülük, erken başlangıç, yüksek oranda yinleme ve kaymaya yatkınlık sayılmaktadır (13, 14).

Bu çalışmanın birincil amacı BB tanılı hastaların mizaç özelliklerini belirlemek, klinik özelliklerle, işlevsellik ve dürtüsellik düzeyleri ile ilişkisini araştırmaktır. Araştırmanın ikincil amacı ise BB hastalarının sağlıklı birinci derecede akrabalarının mizaç özellikleri ile hastaların kendi mizaç özellikleri arasında bir ilişki olup olmadığının belirlenmesidir. Hipotezimiz, hastaların kendi mizaç özellikleri ile ailesindeki sağlıklı bireylerin mizaç özellikleri arasında bir ilişkinin bulunabileceği, hastalardaki baskın mizaç özellikleri ile dürtüsellik düzeyleri arasında doğru, işlevsellik düzeyleri arasında ise ters yönde bir ilişkinin kurulabileceğidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BİPOLAR BOZUKLUK

2.1.1. Tanım

BB, 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 (15).

Sınıflandırma sistemlerinde bipolar 1 ve bipolar 2 tanımları bulunmakta olup burada kısaca tanımlanacak ve sonraki bölümlerde daha ayrıntılı yer verilecektir. Bipolar 1 tanısı için bir manik epizodun yaşanmış olması gerekli ve yeterli iken bipolar 2 tanısı konabilmesi için hastanın tam bir manik epizod geçirmemiş olması ve bir ya da daha fazla majör depresif epizodları yanında, en az bir hipomanik epizod yaşamış olması gerekmektedir.

2.1.2. Tarihçe

Eski Yunanlılar taşkın duygudurumla kendini belli eden bir durumun farkına varmışlardı. Bu durumun melankoliyle bağlantısına ise Soranus (M.S. birinci yüzyıl) dikkat çekmişti. Soranus maniye kimi hastalarda melankoliyle nöbetleşe seyreden azalıp çoğalan bir hastalık olarak tanımlamıştı. Daha sonra Kapadokyalı Areatus (M.S. yaklaşık 150) melankoli ve mani arasında bir bağlantı olduğunu gözlemlemiş ve aynı hastaların farklı zamanlarda bu iki durumu yaşadıklarını söylemiştir (3).

Ondokuzuncu yüzyılda Falret, bazı psikotik hastaların kendiliğinden iyileşmeler gösterdiğini, bu hastalarda hastalığın belli aralıklarla tekrarladığını gözlemlemiş ve bu hastalıklara “folie circularie” (döngüsel ruh hastalığı) adını vermiştir. Baillarger aynı durumu “folie a la double forme” (çifte biçimli ruh hastalığı) şeklinde isimlendirmiştir (3).

Kraepelin 19. yüzyılın sonlarında manik depresif hastalığı ilk olarak tanımlamıştır. Hastalığın klinik görünümünü tanımlamış ve bir anlamda manik-depresif bozukluk yelpazesini geliştirmiştir. Kraepelin karma durumları da ilk tanımlayan kişidir. Bleuler depresif ve manik dönemlerle giden bu hastalığı “afektif bozukluklar” olarak adlandırmıştır. 1959’da Leonard

bipolar ve unipolar hastalık kavramını kullanmış ve yalnızca depresif dönemle seyreden tabloya unipolar hastalık, manik depresif dönemlerle ya da sadece manik dönemlerle seyreden tabloya bipolar hastalık adını vermiştir. 1970'lerde BB ve Depresif Bozukluk ayrı olarak ele alınmaya başlanmıştır (3, 15).

Major depresif bozukluğun ve BB'un ayrı iki hastalık olduğu ilk kez 1980 yılında Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, DSM-III) resmi sınıflandırma kapsamına alınmıştır. Afektif bozukluklar tanımı kabul edilmiş ve afektif bozukluklar kapsamında BB ile depresyon arasında ayırım yapılmıştır. Dunner ve arkadaşlarının önerisiyle BB kendi içinde BB 1 ve 2 olarak iki alt tipe ayrılmıştır. DSM III-R ile birlikte afektif bozukluklar tanımı yerine halen tanı sınıflamalarında kullanılan duygudurum bozuklukları tanımı gündeme gelmiştir. Yalnızca şimdiki durumla sınırlı kalmaması ve sürekli bir emosyonel durumu tanımlaması nedeniyle duygudurum bozuklukları tanımı kabul edilmiştir (3, 15).

1994'te DSM-IV TR'ye göre yapılan sınıflandırmada bipolar 1, bipolar 2, siklotimik ve başka türlü adlandırılmayan BB olmak üzere 4 tip BB yer almaktadır (16).

2.1.3. Epidemiyoloji

BB yaşam boyu yaygınlığı % 0,4-1,6 arasındadır (17). Bipolar yelpazesi olarak ele alındığında, oran % 5'i geçmektedir (18). BB'ta sıklık oranının erkekler için 9-15/100.000, kadınlar için 7,4-30/100.000 olduğu bildirilmektedir. BB'un yaşam boyu yaygınlığı farklı ırk ve kültürlerde değişkenlik göstermez; bu da hastalığın çevresel faktörlerden bağımsız olduğunu düşündürmektedir (3, 15).

BB'un başlangıcı major depresyondan daha erkendir. BB 20'li yaşlar dolayında başlar. Bipolar 1 ve 2'nin başlangıç yaşı birbirine yakındır, fakat bipolar 2 başlangıç yaşı hafifçe daha yüksek olmaya eğilimlidir. Başlangıç yaşı açısından cinsiyetler arasında önemli bir fark saptanmamıştır. Hastaların % 20-30'unda ilk dönem 21 yaşından önce ortaya çıkarken, 50 yaşından sonra başlayan olgular % 10 olarak bildirilmektedir (19).

BB 1 kadınlarla erkeklerde eşit oranlarda görülmesine karşın, BB 2'ye kadınlarda daha sık rastlanır. Doğum sonrası dönemde BB depresif dönemin sıklığı göreceli olarak yüksektir ve

postpartum depresyon hastalarının çoğu BB'a sahiptir (19). BB'un yaşam boyu yaygınlığı kadın ve erkek arasında farklılık göstermemekle birlikte hastalığın dönemsel özellikleri ve gidişinde çeşitli cinsiyet farklılıkları bulunmaktadır. Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda daha sıktır. Kadınlarda, karma dönemler ve hızlı döngü daha sık görülmektedir (15).

BB tanılı hastaların birinci derece akrabalarında, BB tanı riskinin %3-8 arasında değiştiği bildirilmiştir (19). Sağlıklı toplumda ise bu oran daha düşük olup %0,4-1,6 arasındadır. Hem anne hem de babada BB varsa çocuklarında duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı %50-75 arasındadır (15).

2.1.4. Etyoloji

Aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmaları hastalığın genetik tarafını destekler niteliktedir (15). BB'ü olan kişilerin 1. derece akrabalarında BB riski %4,5'tur. Monozigotlarda hastalığa dizigotlardan 3 kat fazla rastlanmaktadır. Gen ve çevresel nedenler de hastalığın ortaya çıkışında önemlidir (20).

BB için çok sayıda genle ilişkili ve bunlardan bazılarının hastalığa yatkınlık için daha fazla bir etkinlikte olduğu ve çevresel faktörlerin sorumlu olduğu karmaşık bir geçiş düşünülmüştür. Sonuç olarak BB klasik Mendel genetik yasalarıyla kalımsal geçiş göstermez. Tek bir genetik alanla belirlenen dominant geçişe de uymaz. Birden fazla geni ilgilendiren (polimorfik-poligenik) ve birçok işlevsel etkenin rol oynadığı (multifaktöryel) kalıtım ile genetik geçiş gösteren bir hastalıktır (15).

Nörotransmitter çalışmaları BB'un oluş nedenlerine yönelik uzun süredir geçerliliğini koruyan monoamin varsayımını ortaya çıkarmıştır. Patofizyolojide noradrenalin ve serotonin üzerinde durulmaktadır (21, 22). Dopaminerjik ve noradrenerjik aktivasyonda artışın, noradrenerjik ve kolinerjik sistemler arasındaki denge bozukluğunun manide görülen biyokimyasal değişikliklerden olduğu ileri sürülmektedir (23).

Duygudurum bozukluklarında, ilk dönemlerin genellikle bir çevresel stres sonrası ortaya çıktığı, ancak daha sonraki dönemlere stresli yaşam olaylarının daha az sıklıkta eşlik ettiği gözlemi duyarlılaşma modelinin geliştirilmesine neden olmuştur. İlk atağı genellikle, çoğu özgül olmayan, önemli bir yaşam olayı kamçılar. Sosyal, davranışsal ve çoğu özgül olmayan travmatik

deneyimlerin gen ekspresyonuna neden olduğu bilinmektedir. Manik ve depresif dönemlerin yinelemesi, beyin biyokimyasını değiştirebilir, çevresel stresörlere ve tetikleyicilere hassas hale getirebilir, böylece takip eden dönemlerin oluşmasını kolaylaştırabilir. Sonuçta ataklar, psikososyal bir kolaylaştırıcı olmaksızın kendiliğinden yineleyebilir (24).

BB'ta beyin görüntüleme çalışmalarında, periventriküler beyaz cevherde ve subkortikal bölgede gri maddede hiperintens lezyonlar bulunduğu bildirilmektedir. Bu lezyonların duygudurumu düzenleyen farklı beyin bölgeleri arasındaki bağlantıları bozduğu ileri sürülmektedir (15). İlgili beyin yapıları olarak dikkatler, prefrontal korteks ve amigdala üzerine yoğunlaşmaktadır. BB'un patofizyolojisinde frontal korteks hacmindeki azalma, nörofizyolojik bozukluklar ve prefrontal beyaz cevher yolaklarında eşgüdümlü çalışmanın bozulduğu bilinmektedir (25). Ayrıca amigdala hacmindeki artışın BB için bir yatkınlık belirleyicisi olduğu ortaya konmuştur (26).

2.1.5. Klinik Görünümler

Son yıllarda duygudurum bozukluklarının bugünkü tanı sistemlerinde yer aldığı biçimiyle, arada kalan olguları tanımlamada yetersiz kaldığı üzerinde durulmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalarda, DSM tanı sınıflaması dışında kalan farklı klinik durumlar olduğu bildirilmiştir. Bipolar ve unipolar depresyonun aynı şekilde tanımlanmış olması, "ılımlı bipolar" bozuklukların yeterince ele alınmamış olması, karma tip dönemler için depresif ve manik dönem ölçütlerinin tam olarak karşılanmasının gerekmesi, ailede BB öyküsüne yer verilmemesi ve mizaç özellikleri üzerinde durulmaması Akiskal'ın eleştirdiği bazı noktalardır (3).

Akiskal, kısa depresif dönemle giden kronik hipomanik olan hastalardan, akrabaları arasında BB olan depresif hastalara kadar yeterince tanımlanmamış klinik durumları bir araya toplamış ve "bipolar yelpazesi" kavramını gündeme getirmiştir. Bipolar 1 ve bipolar 2'nin dışında farklı klinik özellikleri olan ara gruplar olduğundan söz etmiştir. Yelpazenin en silik ucunda şimdi kişilik bozukluğu yerine, duygudurum bozuklukları olarak sınıflandırılmakta olan bipolar bozukluğun daha hafif dereceleri - siklotimik bozukluk - ve BTA BB bulunmaktadır. Bu zayıf ve 'atipik' görünen varyantlar non-afektif kişilik bozukluklarından kolayca ayırt edilemez. Aile öyküsü, gidiş ve epizodlar arası mizaç özellikleri gibi dışsal gerçeklik stratejilerinin bipolar yelpaze tanısını doğrulamak için sıklıkla gerekli olduğu vurgulanmıştır (27).

Akiskal'ın mevcut sınıflama sistemlerinden farklı olarak, önerdiği bipolar yelpaze sınıflama sistemi Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1: Bipolar yelpaze, Akiskal ve Pinto'dan değiştirilerek alınmıştır (28).

BP ½: Şizobipolar bozukluk
BP 1: Manik-depresif hastalık
BP 1½: Uzamış hipomani ve depresyon
BP 2: Spontan hipomanik dönemler ve depresyon
BP 2½: Siklotimiye eklenmiş depresyon
BP 3: Depresyon ve antidepresan ya da somatik sağaltımla ilişkili hipomani
BP 3½: Madde ve/veya alkol kullanımıyla ilişkili duygudurum dalgalanmaları
BP 4: Hipertimiye eklenen depresyon

Klasik mani ve bipolar 1'in ötesinde, en yerleşik bipolarite, bipolar 2 tipidir. Bipolar 2'nin başlangıcı sinsidir ve zararları, en az hastalığın psikotik biçimleri kadar yıkıcıdır. Özellikle bipolar 2'nin bir çeşidi olan siklotimik depresyon 'bipolar 2½' için doğrudur. Siklotimik mizaçtan kaynaklanır ve kararlı olmayan bir gidiş izler, eksen 2, B kümesi şeklinde yanlış tanı konulabilir. Bu hastalar, bipolaritenin 'karanlık yüzü' şeklinde yorumlanabilir (28).

Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) Mental Hastalıkların Tanı ve İstatistik El Kitabı, son baskısında (DSM-IV-TR) dahi, farmakoterapi, elektrokonvulsif terapi, fototerapi ve uyku deprivasyonu ile ortaya çıkan, bipolar bozukluğun belirteçleri olarak hipomanik ve manik kaymaları tanımaz (16). Bu hastalar açıkça unipolar majör depresif bozukluk değildir, BTA bipolar altında da sınıflanamaz. Uzun zamandır antidepresanlar ile bu tip kaymanın ailede bipolar öyküsü gerektirdiğine ilişkin kanıtlar vardır ve bunlara bipolar 3 adı verilmiştir. Çoklu ilaç, özellikle uyarıcıların kötüye kullanımı ile ortaya çıkan duygudurum değişiklikleri ile giden depresif atakların konumu tartışmalıdır. Bunların çoğunun geçici bir bipolar tip 3½ a ait olduğu ileri sürülmüştür. Bu hastaların çoğu antikonvülzan gibi duygudurum dengeleyicilerine iyi yanıt vermektedir. Bipolar 4'te ise yaşam boyu hipertimik mizaç zemini olup daha sonra depresyon geliştiren bireyler tanımlanmaktadır (3, 28).

Tedavi ile ortaya çıkan hipomanik kaymanın BB olduğu, karma maniler kadar karma depresyonların da varlığı, bipolar 2'de depresyonun belirgin rolü ve kişilik bozuklukları ile BB arasındaki ilişki Akiskal'ın üzerinde durduğu diğer konulardır. Akiskal, hipertimik mizaç

ve/veya bipolar aile öyküsü varlığında tekrarlayan depresif dönemlerle giden durumlar için “yalancı unipolar” tanımını kullanmış ve bunların tüm unipolar depresyon hastalarının %10-20’sini oluşturduğunu bildirmiştir. Ayrıca hastanın o anlık durumuna göre bir sınıflamada yer almasının yanılıya neden olacağını belirtmiştir (3).

2.1.6. Tanı Ölçütleri

2.1.6.a. Bipolar Bozukluk

DSM-IV-TR’ye göre BB sınıflaması Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. DSM-IV-TR’ye göre BB Sınıflaması

<p>BB 1: Bir ya da daha fazla manik ya da karma (mikst) tip dönem geçirilmesi</p> <p>BB 2: En az bir majör depresif dönem ile en az bir hipomanik dönemin varlığı</p> <p>Siklotimik Bozukluk: Manik dönem ölçütlerine ulaşamayan (hipomanik) ve majör depresif dönem ölçütlerine ulaşamayan depresif belirtilerin, süregelen bir şekilde sürmesi</p> <p>BTA BB: Herhangi özgül bir BPB’nun tanı ölçütlerini karşılamayan, bipolar özellikler gösteren bozukluklar</p> <p>Genel Tıbbi Duruma ya da Madde Kullanımına Bağlı Duygudurum Bozukluğu</p> <p>BTA Duygudurum Bozukluğu: Duygudurumu belirtileriyle giden ancak herhangi özgül bir duygudurum bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamayan bozukluklar</p>

2.1.6.b. Depresif Dönem

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. Sinirlilik, 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 (15, 19, 29).

Bipolar depresyonla, unipolar depresyon arasında çeşitli klinik farklar tanımlanmıştır. Psikomotor retardasyon, değersizlik, değişmeyen duygudurum ve belirgin anhedoni gibi melankolik belirtiler, hipersomnia ve kurşun paralizisi gibi atipik belirtiler ve psikotik özellikler bipolar depresyonda daha sık görülür. Anksiyete, uykuya dalma güçlüğü ve başkalarını suçlama, unipolar depresyona oranla daha az görülür. Depresyonlu hastalarla yapılan 11 yıllık izlem çalışmasında BB 1 bozukluğa dönüşmüş olanların, majör depresif bozukluk tanısında kalanlara göre ilk depresif ataklarında psikotik özelliklerin ve hastaneye yatışların daha fazla olduğu gösterilmiştir (30). Unipolar depresif hastalarla karşılaştırıldığında, bipolar depresif dönemlerin daha kısa sürdüğü bildirilmektedir. Erken başlangıç yaşı, daha sık hastalık dönemleri, atağın akut başlaması ve hızlı sonlanması bipolar depresyonda daha sık görülür (31). Tanımlanan klinik farklar patognomonik değildir ve uzunlamasına seyri katmaksızın tek başına klinik özelliklerden bipolar/unipolar depresyon ayrımını yapmak olanaksızdır. Bir depresyon dönemi ne denli erken başlamış ve (psikotik özellikli olsun ya da olmasın) ağır ise bu dönemin, ileride manik ya da hipomanik dönem yaşamanın habercisi olma olasılığı o denli yüksektir (31).

DSM-IV-TR depresif dönem tanı ölçütleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. DSM-IV-TR'ye göre Depresif Dönem Tanı Ölçütleri

- A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.
1. Hastanın ya kendisinin bildirmesi (örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum. Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.
 2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)
 3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının azalmış ya da artmış olması
 4. Hemen her gün, uykusuzluk ya da aşırı uyku olması
 5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması
 6. Hemen her gün, yorgunluk – bitkinlik ya da enerji kaybının olması
 7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması
 8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık
 9. Yenileyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen özkıyım düşünceleri, özkıyım girişimi ya da özkıyım için özgül bir tasarımın olması
- B. Bu semptomlar bir mikst dönemin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.
- C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- D. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- E. Bu semptomlar yaşla daha iyi açıklanamaz.

2.1.6.c. Manik Dönem

Manik dönem klinik özellikleri içinde, düşünce akışında hızlanma, araya girmesi güç olan yüksek seste ve çok miktarda konuşma, benlik duygusu ve kendine güvende abartılı artış ön plandadır. Öfori, neşe artışı, engellenme eşiğinde düşme, yeni ilgi alanları, riskli davranışlar belirgindir. Taşkınlık, öfke, saldırganlık hastaların %75'inde görülür. Dikkati yoğunlaştırma ve sürdürme bozulmuştur. Hastaların %75'inde sanrılar vardır. Sanrı ve varsanılar duyguduruma uygun olabileceği gibi uygunsuz da olabilir. Psikomotor hızlanma, uyku gereksiniminde azalma, cinsel istekte artış vardır (19, 24).

DSM-IV-TR manik dönem tanı ölçütleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. DSM-IV-TR'ye göre Manik Dönem Tanı Ölçütleri

<p>A. En az 1 hafta süreyle (hastaneye yatış gerekiyorsa süreye bakılmaksızın) anormal ve sürekli şekilde yükselmiş, öforik ya da iritabl ayrı bir duygudurum döneminin varlığı</p> <p>B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki semptomlardan en az üçünün (duygudurum yalnızca sinirli ise dördünün) önemli derecede ve sürekli varlığı</p> <ol style="list-style-type: none">1. Abartılı yükselmiş benlik saygısı ya da grandiyözite2. Uyku gereksiminde azalma3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma4. Fikir uçuşması ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi peşisıra gelmesi yaşantısı5. Distraktibilite, yani dikkatin önemsiz ya da ilgisiz dış uyaranlara kolayca çekilerek dağılabilmesi6. Amaca yönelik etkinlik artışı (sosyal, iş, okul, ya da cinsel aktivitede) ya da psikomotor ajitasyon7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk verici etkinliklere aşırı girme (örn. aşırı harcama, düşüncesizce cinsel ilişkiler ve iş yatırımları) <p>C. Bu belirtiler karma (mikst) döneme uymaz.</p> <p>D. Duygudurum bozukluğunun iş yaşamı, sosyal etkinlik ve ilişkilerde önemli bozulmaya yol açacak ya da kendine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılmasını gerektirecek ağırlıkta ya da psikotik özellikte olması</p> <p>E. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p> <p>Not: Somatik antidepresan tedavinin (örn. ilaç, elektrokonvulsif terapi, ışık sağaltımı) açıkça neden olduğu mani benzeri epizodlar bipolar 1 bozukluğu olarak sayılmamalıdır.</p>
--

2.1.6.d. Karma Dönem

Karma mani, en az bir hafta süren hem manik, hem de depresif dönem belirtilerinin birlikte bulunduğu dönemdir (24). Hasta hızla değişen duygudurum dalgalanmaları yaşar. Tanısal açıdan en önemli nokta mani sırasında görülen sendromal depresyon için DSM- IV- TR'de belirtilen eşğin karma mani tanısı için çok kısıtlayıcı olduğu doğrultusunda uluslararası bir uzlaşma sağlanmış olmasıdır (10, 32) . Karma mani tanısının konabilmesi için mani sırasında

Mc Elroy ve ark. (1992) üç veya daha fazla, Akiskal ve ark. (1998) en az iki, Swann ve ark. (1997) en az bir depresyon belirtisinin yeterli olacağını önermişlerdir (10, 32, 33). BB 1 hastalarının %40'ının hastalığın gidişi sırasında karma durum geliştirdikleri bildirilmiştir. Kadınlarda daha sık görülür (10). Özkıyım davranışı ciddi bir risk oluşturur (34). Mani hastalarıyla karşılaştırıldığında karma mani hastalarının depresif mizaç özellikleri daha fazladır. Karma dönemlerin süresi yalnız manik dönemlerden daha uzundur ve tedavisi güçtür (35). Buna karşın karma manik dönem yaşayan hastaların gidişleri karma manik dönem yaşamayan hastalardan daha kötü bulunmamıştır. Alkol ve madde kötüye kullanımı ve erken hastalık başlangıcı gibi etkenlerin karma ve disforik mani riskini artırdığı düşünülmektedir. Erken başlangıçlı BB olan kadınlar, karma mani açısından özellikle risk altında olabilir (33).

DSM-IV-TR karma dönem tanı ölçütleri Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. DSM-IV-TR'ye göre Karma Dönem Tanı Ölçütleri

<p>A. En az 1 hafta süreyle, hemen her gün, hem manik hem de major depresif dönem tanı ölçütlerine süre dışında uyuyordur.</p> <p>B. Duygudurum bozukluğunun iş ya da sosyal yaşamda önemli bozulmaya yol açıyor ya da başkalarına zarar vermesini önlemek amacıyla hastaneye yatırılmasını gerektiriyor, ya da psikotik özelliklidir.</p> <p>C. Belirtiler bir maddenin ya da genel tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p> <p>Not: Somatik antidepresan tedavinin (örn. ilaç, elektrokonvulsif terapi, ışık sağıltımı) açıkça neden olduğu mikst benzeri epizodlar bipolar 1 bozukluğu olarak sayılmamalıdır.</p>
--

2.1.6.e. Hipomanik Dönem

DSM-IV-TR hipomanik dönem tanı ölçütleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. DSM-IV-TR'ye göre Hipomanik Dönem Tanı Ölçütleri

<p>A. Olağan, depresif olmayan duygudurumdan açıkça farklı, en az dört gün, gün boyu süren, sürekli, kabarmış, taşkın ya da iritabl ayrı bir duygudurum döneminin olması</p> <p>B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden en az üçünün (duygudurum yalnızca iritabl ise dördünün) önemli derecede ve sürekli varlığı</p> <ol style="list-style-type: none">1. Abartılı yükselmiş benlik saygısı ya da grandiyözite2. Uyku gereksiminde azalma3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma4. Fikir uçuşması ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi peşisıra gelmesi yaşantısı5. Distraktibilite, yani dikkatin önemsiz ya da ilgisiz dış uyaranlara kolayca çekilerek dağılabilmesi6. Amaca yönelik etkinlik artışı (sosyal, iş, okul, ya da cinsel aktivitede) ya da psikomotor ajitasyon7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk verici etkinliklere aşırı girme (örn. aşırı harcama, düşüncesizce cinsel ilişkiler ve iş yatırımları) <p>C. Bu dönem sırasında, kişinin semptomatik olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin bir değişiklik olur.</p> <p>D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarınca da gözlenebilir düzeydedir.</p> <p>E. Bu dönem, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir ve psikotik özellikler göstermez.</p> <p>F. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p> <p>Not: Somatik antidepresan sağaltımın (örn. ilaç, elektrokonvulsif terapi, ışık sağaltımı) açıkça neden olduğu hipomani benzeri dönemler iki uçlu 2 bozukluğu olarak sayılmamalıdır.</p>

2.1.6. f. Bipolar 1 Bozukluk

DSM-IV-TR sınıflandırmasına göre bipolar I bozukluk tanısı konabilmesi için, bir manik epizodun yaşanmış olması gerekli ve yeterlidir. Bipolar I bozukluğu olan bir hasta doktora, mani, depresyon, karma epizod ile gelebilir.

DSM-IV-TR BB 1 tanı ölçütleri Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. DSM-IV-TR'ye göre BB 1 Bozukluk Tanı Ölçütleri

- A. En az bir manik ya da karma bir dönem vardır.
- B. Depresif dönem geçirilmiştir ya da ileride ortaya çıkacağı varsayılmaktadır.
- C. Duygudurum dönemleri şizoaffektif bozukluğa uymamaktadır.
- D. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bozulmaya neden olur.
- E. Belirtiler bir maddenin ya da genel tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

2.1.6.g. Bipolar 2 Bozukluk

DSM-IV sınıflandırmasına göre bipolar 2 bozukluk tanısı konabilmesi için, hastanın bir ya da daha fazla majör depresif epizodları yanında, en az bir hipomanik epizod yaşamış olması gerekir. Bu tanının konabilmesi için hastanın tam bir manik epizod geçirmemiş olması kuraldır. Spontan hipomanik ataktan bahsetmek için iki günlük süre yeterlidir.

DSM-IV-TR BB 2 tanı ölçütleri Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. DSM-IV-TR'ye göre BB 2 Bozukluk Tanı Ölçütleri

- A. En az bir majör depresif dönemin ya da geçirilmiş majör depresif dönem öyküsünün varlığı
- B. En az bir hipomanik dönemin ya da geçirilmiş hipomanik dönem öyküsünün varlığı
- C. Manik ya da karma bir dönemin geçirilmemiş olması
- D. A ve B ölçütlerindeki duygudurum belirtileri şizoaffektif bozukluğa uymaz. Şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk ya da başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk üzerine binmemiştir.
- E. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bozulmaya neden olur.

2.1.6.h. Siklotimik Bozukluk

Duygudurum bozukluklarıyla benzerlikleri göz önüne alınarak DSM-III sınıflandırmasında afektif bozukluklara katılmış ve DSM-III-R sınıflamasından beri de BB'un bir alt biçimi olarak ele alınmıştır (15). Siklotimik hastalar, erişkinde en az iki yıl, çocuk ve ergenlerde en az bir yıl olmak üzere, uzun yıllar boyunca hafif şiddette depresyon ya da

hipomani biçiminde affektif dalgalanmalar gösterirler. Bu nedenle siklotimi, BB'un hafif hali olarak da değerlendirilir (36).

Nedensiz hüznün ve neşelenme dönemleri birkaç günlük çift fazlı düzensizliklerle birbirini izler, arada ötimik dönemler olabilir, hastalarda belirgin bir duygusal labilite izlenir (15). Siklotiminin BB'la olan güçlü genetik bağı araştırmaların tutarlı bulgusudur. Siklotimik bozukluğu olan bireylerin ailelerinde %30 oranında BB öyküsü vardır. Ancak fenotip olarak BB 1'den çok BB 2'yle bağlantılı gibi görünmektedir (15).

DSM-IV-TR siklotimik bozukluk tanı ölçütleri Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. DSM-IV-TR'ye göre Siklotimik Bozukluk Tanı Ölçütleri

- | |
|--|
| <p>A. En az iki yıl süreyle çok sayıda hipomanik dönemlerin ve major depresif epizod ölçütlerini karşılamayan depresif dönemlerin olması. Not: Çocuklarda ve ergenlerde bu süre en az 1 yıl olmalıdır.</p> <p>B. 2 yıl boyunca (çocuk ve ergenlerde 1 yıl), A maddesinde söz edilen belirtilerin bulunmadığı, 2 aydan uzun süren semptomsuz bir dönem yaşanmamıştır.</p> <p>C. Bu bozukluğun ilk 2 yılında major depresif epizod, manik epizod ya da mikst epizod geçirilmemiştir.</p> <p>D. A tanı ölçütündeki belirtiler, şizoaffektif bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk ya da başka türlü adlandırılmayan bozukluk üzerine binmiş değildir.</p> <p>E. Bu belirtiler bir maddenin (örneğin; kötüye kullanılan ya da tedavi için alınan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin; hipertiroidi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p> <p>F. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.</p> |
|--|

2.1.6.j. Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk

Bipolar özellikler gösteren fakat herhangi bir özgül BB'un tanı ölçütlerini karşılamayan klinik tablolarıdır.

DSM-IV-TR başka türlü adlandırılmayan BB tanı ölçütleri Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. DSM-IV-TR'ye göre BTA BB Tanı Ölçütleri

1. Manik, depresif dönem için asgari süre ölçütünü karşılamayan ancak belirti eşiği ölçütünü karşılayan, manik ve depresif belirtiler arasında hızlı değişimler (günlerce)
2. Arada tekrarlayan depresif belirtiler olmaksızın yineleyici hipomanik dönemler
3. Sanrısız bozukluk, rezidüel şizofreni veya başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk üzerine binmiş manik veya hipomanik dönem
4. Hipomanik dönemler, kronik depresif belirtilerle birlikte giden ve siklotimik bozukluk tanısını karşılamak için çok nadir olan
5. Hekimin BB olduğuna karar verdiği, ancak birincil mani veya genel tıbbi duruma bağlı mı veya madde kullanımının mı yol açtığını belirleyemediği durumlar

2.2. Bipolar Bozukluk ile Mizaç İlişkisi

Akiskal'e göre mizaç, karakter ve kişilik birbirinden kavram olarak farklıdır. Mizaç, kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özelliklerdir. Karakter ise çevrenin ve yetiştirilmenin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumlardır, dolayısıyla zamanla değiştirilebilecek özellikleri içerir. Kişilik ise genetik olarak gelen huyla, sonradan elde edilmiş karakterin birleşiminden oluşur (27).

Akiskal ve arkadaşları (1987) Kraepelin'in temel durumlar kavramını yeniden hayata geçirerek mizacı duygudurum bozukluklarının temeli olarak sunmuş ve eşik altı duygulanım izlerinden ağır duygulanım bozukluğuna kadar bir duygulanım yelpazesi çizmiştir. Akiskal afektif mizacın duygudurum bozukluğunun temelini oluşturduğunu iddia etmiş ve beş temel duygulanım mizacı tanımlamıştır. Bunlar depresif, hipertimik, siklotimik, sınırlı, endişelidir. Duygulanım mizaçlarını değerlendirmek için Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirmesi (MPPS-MD; Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego, TEMPS-A) geliştirilmiştir (5).

2.2.a. Hipertimik Mizaç

Erken başlangıçlı (21 yaştan önce), nadiren araya giren ötimiyle birlikte aralıklı eşik altı hipomanik özellikler gösteren, az uyuma alışkanlığına (hafta sonları da dahil günde 6 saatten az) sahip, yadsıma düzeneğinin çok fazla kullanıldığı, Schneider hipomanik kişilik özellikleri

dediğimiz, sınırlı, neşeli, aşırı iyimser veya coşkulu, saf, kendine fazla güvenen, övünge, abartılı, gösterişli olduğu kadar gayretli, çok plan yapan, tedbirsiz ve bitmez tükenmez bir dürtüyle koşturan, aşırı konuşkan, sıcakkanlı, insan arayan veya dışa dönük ve aşırı karışan ve başkalarının işine burnunu sokan, baskılanmayan, uyaran arayan veya rastgele cinsel ilişkide bulunan özelliklere sahip mizaç özelliklerini hipertimik mizaç kategorisinde tanımlamıştır (5).

2.2.b. Sınırlı Mizaç

Erken başlangıçlı (21 yaştan önce), nadiren ötimik, çoğunlukla karamsar (sınırlı ve çabuk kızan olma), derin düşüncelere dalmaya eğilimli, aşırı eleştiren ve şikayet eden, aksi şakalar yapan, istenmediği halde sokulup sıkıntı veren, disforik bir yerinde duramama, dürtüsellik özelliği gösteren, antisosyal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu veya nöbet bozukluğu ölçütlerini karşılamaz özellikler gösteren mizaç özelliklerini sınırlı mizaç özelliği olarak tanımlamıştır (5).

2.2.c. Eşikaltı Distimik Mizaç

Erken başlangıçlı (21 yaştan önce), başka bir duruma ikincil olmayan aralıklı, hafif şiddette depresyon geçiren, çok (günde 9 saatten fazla) uyuma alışkanlığına sahip olan, derin derin düşünme, anhedoni ve psikomotor enerji azlığına eğilimli (hepsi sabah saatlerinde daha belirgin olmak üzere), Schneider depresif kişilik özellikleri dediğimiz, ümitsiz, kötümser, neşesiz veya eğlenmeyen, sessiz, pasif ve kararsız, derin derin düşünen ve endişelenen, vicdanlı, kendi kendini disipline eden, şüpheli, aşırı eleştiren veya şikayet eden, kendini eleştiren, kendini cezalandıran, kendini küçülten, başarısızlıkları, yetersizlikleri ve olumsuz olaylar hakkında aşırı kafa yoran mizaç özelliklerini eşikaltı distimik mizaç olarak tanımlamıştır (5).

2.2.d. Siklotimik Mizaç

Erken başlangıçlı (21 yaştan önce), nadiren ötiminin olduğu, sık, kısa döngüler ile giden, bir fazdan diğerine öznel ve davranışsal görünüm arasında ani geçişlerin olduğu iki dönemli hastalık görüntüsünü siklotimik mizaç olarak tanımlamıştır. Öznel görünüm dediğimiz, karamsarlık ile iyimserlik, zihin karışıklığı ile keskinleşmiş ve yaratıcı düşünce, düşük kendine güven ile aşırı kendine güven arasında değişen benlik saygısı ile davranışsal görünüm dediğimiz azalmış sözel dışavurum ile çok konuşma, hipersomnia ile uyku ihtiyacının artması,

nedensiz sulu gözlülük ile aşırı şakacılık, içedönük kendini soyutlama ile sınırsız insan arama ve sonuç olarak üretkenlikte belirgin değişkenlik gösteren mizaç özelliklerini siklotimik mizaç özellikleri arasında saymıştır (5).

2.2.e. Afektif Mizaç ve Kliniğe Yansımaları

Yapılan çalışmalarda Akiskal'in belirttiği hipertimik, siklotimik ve depresif mizacın her birinin toplumda %4-8 oranında bulunduğu belirlenmiştir (37, 38). Bipolar 2 yelpazesine eşlik eden endişeli, siklotimik ve depresif mizacın afektif bozukluklar dışında, anksiyete ve dürtü kontrol bozuklukları da dahil olmak üzere bir çok psikiyatrik bozukluğa yol açabileceği bilinmektedir (39). Bipolar 2 yelpazesinin kaynağının, siklotimik-endişeli-depresif mizaçların karışımından oluştuğu ve yaş, cinsiyet ve çevresel etkenlere bağlı olarak bipolar 2 yelpazesine dönüşebildiği ileri sürülmüştür (10). Klinik çalışmalar, duygudurum bozukluklarına eşlik eden mizaç özelliklerinin aydınlatılması açısından değerlidir. BB olan hastalarda epizodların doğasına göre eşlik eden mizaç özellikleri arasında farklar bulunmuştur. Karma epizodu olan hastalarda daha fazla endişeli-depresif mizaç özelliklerine rastlanmaktadır (14). BB, yineleyici tip depresif bozukluk ve tek bir majör depresif epizod tanısı almış hastaların afektif mizaçları açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada, depresif mizacın her iki depresyon grubunda diğer gruplara göre daha sık görüldüğü, siklotimik mizacın hasta gruplarında kontrol gruplarına göre daha sık bulunduğu ve hipertimik mizaca sadece BB'ü olan hastalarda rastlandığı bildirilmiştir (40).

Mendlowicz ve ark. (2005), unipolar ve bipolar (tip 1 ve 2) hastaları, TEMPS-A vererek karşılaştırdıkları çalışmasında siklotimik mizaç, BB grupta anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Bu sonuç da bipolar depresyonlu hastaların ataklar arası afektif değişimleri daha fazla yaşadığını göstermekte olduğunu düşündürmüştür (41). Aynı zamanda BB hastalarının sağlıklı akrabalarındaki mizaç düzensizliklerinin araştırıldığı bu çalışmanın bulguları, TEMPS-A'da tanımlandığı gibi depresif ve sınırlı mizaçların bipolar bozukluk için hastalık öncesi bir durum olmayabileceğini ancak majör duygudurum ataklarının davranışsal komplikasyonlarını temsil edebileceğini düşündürmüştür. Beklenenin aksine, BB hastalarının sağlıklı akrabaları ve sağlıklı kontroller arasında depresif ve hipertimik mizaç puanları açısından bir fark gösterilmemiştir. Bu çalışmadaki başlıca bulgu, BB hastalarının sağlıklı akrabalarında siklotimik puanların bipolar hastalar ve normal kontrollerin tam ortasında olduğu ve bu bireylerin duygudurumda, ilgi ve kendine güvende, uyku ve enerji düzeylerinde subklinik bir dengesizlik

olduğudur. Bu durumun bir yatkınlık göstergesi olabileceği ve duygudurum bozukluğu gelişme riski yüksek bireyleri tanımlamada kullanılabileceği öne sürülmüştür. Alternatif olarak duygudurumda siklotiminin subklinik bir bipolar görünüm olduğunun da düşünülebileceği belirtilmiştir (41).

Kesebir ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada BB hastaları ile birinci derece akrabalarında sağlıklı kontrollere oranla daha yüksek oranda hipertimik mizaç bildirmiş ve bunun da BB'ta hipertimik mizaç için olası bir genetik temelin varlığını destekleyebileceği ileri sürülmüştür (42).

Nowakowska ve ark.'nın (2005) afektif bozukluklar arasında mizaç yönünden ortak ve farklı noktaların tespiti için yaptıkları bir çalışmada, ötimideki BB hastalarını, major depresif bozukluğu olan hastaları, sanat dallarında yaratıcı olduğu düşünülen bireylerden oluşmuş bir grubu sağlıklı kontrollerle karşılaştırmış ve ilk üç gruptakilerin sağlıklı kontrollere göre TEMPS-A ile ölçülen siklotimi, depresif ve sinirli mizaç puanlarının anlamlı olarak artmış olduğunu gözlemişlerdir. Yanı sıra, siklotimi puanlarının BB tanımlı hastalarda major depresyonlu hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu çalışma da sanat dallarında yaratıcı olduğu düşünülen bireylerin duygudurum bozuklukları arasında mizaç yönünden ortak noktaların olabileceğini göstermektedir (43).

Atipik depresyonu olan hastaların incelendiği bir çalışmada yaklaşık %60'ının öncesinde hipertimik ve siklotimik mizaca sahip olduğu, bunun silik BB ile ilişkilendirilebileceği ve %72'sinin bipolar 2 tanı kriterlerini karşıladığı, atipik depresyonları olan bu hastaların afektif mizaç düzensizliği gösterdikleri ve klinik görünümünün bipolar 2 şeklinde olduğu belirtilmiştir (44).

Duygudurum bozukluğu dışında psikiyatrik hastalığı olmayan, ailelerinde duygudurum bozukluğu öyküsü bulunan majör depresyon hastalarının incelendiği bir çalışmada hipertimik mizaç erkek olgularda daha fazla izlenmiştir. Hipertimik mizacın saptandığı olgularda aile öyküsünde BB oranı daha fazla bulunmuştur (45). Leibenluft'un (2000) yaptığı çalışmada, depresif mizacın kadın olgularda daha fazla izlendiği ve depresif mizacın saptandığı olgularda depresif atak sayısı daha fazla, depresyonun başlangıç yaşı daha erken, depresyon şiddeti daha yüksek, aile öykülerinde unipolar depresyon oranı daha fazla bulunmuştur (46).

Afektif mizacın, duygudurum bozukluklarını belirlediğine dair yapılmış sınırlı sayıda çalışma vardır. Hipomanik mizacın (hipo-)manik belirtileri öngördüğü (47) ve çocukluk çağı ve ergenlik dönemi depresyonu olanların BB'a dönüşüp dönüşmemelerinde siklotimik mizacın belirleyici olduğu ileri sürülmüştür (48).

2.2.f. Afektif Mizaç ve Aile Çalışmaları

BB hastalarının sağlıklı akrabalarında siklotimik değişkenlik görülmektedir; bunlar, duygulanım, ilgi, özbakım, uyku ve enerjidedir ve bu özellikler bipolar yelpaze hastalıkları geliştirmede yüksek risk etmenleri olarak görülmektedir (41). Yapılan çalışmalarda siklotimik ve endişeli mizaç puanları BB hastalarının sağlıklı akrabalarında normal kontrol grubuna göre farklılıklar göstermektedir. BB hastalarının sağlıklı akrabalarında subklinik bir değişkenlikten, örneğin duygulanım, aktivite, biyolojik ritm ve uyku bozukluklarından söz edilmektedir. Bu siklotimik subafektif özelliklerin önemli göstergeler olduğu ve bipolar yelpaze bozukluklarına mizaç düzensizliği seviyesinde destek verdiği ileri sürülmektedir (5).

2.3. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik

BB'un kronik seyri tedavinin sürekliliğini ve uzun süreli bakımı gerekli kılar. BB'ta hastaların yaşam kalitesinde düşüş görülmekte ve iş kaybı, boşanma, aile içi çatışmalar ve sosyal uyum bozukluğu gibi sorunlara atak dönemlerinde daha sık rastlansa da iyilik dönemlerinde de sürmektedir (6).

Klasik olarak BB'ta gidiş, yineleme oranı, hastaneye yatış sayısı ya da belirtilerde düzelme oranı gibi klinik ölçütlerle nesnel olarak değerlendirilir. Ancak son yıllarda daha etkili tedavi seçeneklerinin özellikle hastalık dönemlerinde başarıyla uygulanması ile birlikte, işlevsellik ve yaşam kalitesi gibi ölçütler ilgi odağı olmaktadır. DSM Eksen-V'te yer alan işlevselliğin genel değerlendirilmesi genel işlevselliği yalnızca bir boyutta değerlendirme sağlar. Ancak, özellikle BB olan hastalarda, bir alanda sorun ya da bozulma olabilirken, diğer alanlar tamamen sağlam kalabilmektedir. Aslında, genel işlevsellik ekseninin içeriği ve yapısı çeşitli alanları kapsamalıdır. İşlevsellik değerlendirilirken sosyal alan ailesel, mesleki, kişiler arası ilişkileri içermekte, ruhsal alan ise zihinsel, cinsel, duygusal işlevsellikten oluşmaktadır. Diğer yandan, damgalanma BB hastalarının işlevselliğinde önemli bir sorun oluşturmaktadır. Dönemler arası evrede işlevsellik geniş biçimde duygusal, cinsel, zihinsel, mesleki alanlar

açısından ele alınmalıdır. Hatta Michalak ve ark. (2006) bağımsızlık, kişisel inançlar ya da damgalanma gibi alanların da dikkate alınması gerektiğini bildirmişlerdir (7). BB'ta işlevsellik ve yaşam kalitesi çalışmalarında, sıklıkla SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (36-item Short-Form Medical Outcomes Study Health Survey) gibi özgül olmayan ölçekler ya da Q-LES-Q (Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; Yaşam Kalitesi Haz ve Doyum Alma Anketi) veya LFQ (Life Functioning Questionnaire; Yaşamda İşlevsellik Anketi) gibi yaygın kullanılan ancak duygudurum bozukluklarına özgü olmayan araçlar seçilmiştir (8, 49). MacQueen ve ark. (1997) bipolar 1 hastalarda manik atak sırasında, psikotik belirtisi olan ve olmayanlar arasında SF-20 ile ölçülen yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark belirlemedi (50).

Yatham ve ark. (2004) bipolar 1 depresyonu olan hastalarda SF-36 ile ölçülen yaşam kalitesinde belirgin bir bozulma olduğu ve bozulmanın da depresyon şiddeti arttıkça kötüleştiğini gözlemiştir (51). Aynı çalışmada, fiziksel rol, sosyal işlevsellik, duygusal rol ve zihinsel sağlık alt ölçekleri bipolar 1 grubunda çok düşük bulunmuş ve unipolar depresyon grubu ile karşılaştırıldığında, genel sağlık, sosyal işlevsellik, fiziksel rol ve duygusal rol anlamında daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu belirlemiştir (51). Bipolar 1 bozukluğu olanlarla BTA BB olan hastaların incelendiği Hollanda Ruh Sağlığı Alan Araştırması çalışmasında (NEMESIS), bipolar 1 grupta SF-36 ile ölçülen ruh sağlığı, duygusal rol işlevselliği, bedensel ağrı, sosyal işlevsellik alanlarında yaşam kalitesinin bozulduğu gözlenmiştir (52). Özer ve ark.'nın (2001) BB tanılı hastalarda yaptığı çalışmalarında, hastalık başlangıç yaşı, ilk ataktaki belirti sayısı, geçirdiği toplam depresif ve manik atak sayısı, hastaneye başvuru sayısı ve ilk başvuru yaşı gibi değişkenlerin Q-LESQ puan ortalamaları ile ilişkili olmadığını belirlemiştir (53).

BB'ta, özellikle dönemler arası evrede, belirtilerin düzeltilmesi kadar işlevselliğin geliştirilmesi ve sendromal iyileşmeye ek olarak işlevsel iyileşmeyi ölçmenin de önemli olduğu, işlevsel iyileşmenin veya bozulmayı göstermenin tek ölçeğinin yaşam kalitesi olduğu vurgulanmaktadır (51).

2.4. Bipolar Bozuklukta Dürtüsellik

Dürtüsellik ortama uygunsuz, aşırı riskli, olgunlaşmamış, planlanmamış ve çoğunlukla istenmeyen sonuçlara yol açan çeşitli davranışları kapsar. Dürtüsellik risk alma, heyecan arama, zevk arama, zarar görme ihtimalini düşük hesaplama, dışadönüklük, sabırsızlık, dikkatsizlik, gibi özellikler ile kendini gösterir. Dürtüsellik çok sayıda psikiyatrik bozukluğun çekirdek belirtilerinden biri olarak kabul edilmektedir (54). Dürtüsellüğün artmış norepinefrin, azalmış serotonin ve bozulmuş prefrontal korteks işlevinden kaynaklanabilmesinin yanı sıra maninin şiddeti ile ilişkili olduğunu göstererek noradrenerjik sistemle de ilişkisinin olabileceği öne süren çalışmalar vardır (54, 55).

Dürtüsellik farklı bileşenleri olan bir davranıştır. Nöroanatomik veriler yanıt engellenmesi (dürtüsel eylem/motor dürtüsellik) ve ödül gecikmesinin tolere edilememesi (dürtüsel seçim/karar verme) süreçlerinin farklı frontostriatal döngüler tarafından düzenlendiği düşüncesini desteklemektedir (54).

Dürtüsellik, BB'ta hem kararlı, hem de duruma özgüdür (56). Dürtüsellüğün manik dönemle ilişkisi açıkça gösterilmiş olmasına, özkıyım ve madde kullanımı ile ilişkisi bilinmesine karşın, depresif dönemle ilişkisi daha az çalışılmıştır. Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11. versiyon kullanılarak yapılan bir çalışmada toplam dürtüsellik ve dikkatle ilişkili dürtüsellüğün hem mani hem de depresyonla ilişkili olduğu, motor dürtüsellik ile manik bulguların, tasarlanmamış dürtüsellik ile depresyon bulgularının ilişkili olduğu gösterilmiştir (57).

Moeller ve ark.'ları (2001), dürtüsellikle BB arasındaki ilişkiyi beş madde ile açıklamış. Bunlar, yatkinlik, hastalık dönemi ve hemen öncesi, özkıyım ve madde bağımlılığı gibi komplikasyon riski, tedaviye verilen yanıt ve hastalığın patofizyolojisi olarak tanımlanmıştır (58).

DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre, mani özelliklerini karşılayan bir dönemde dürtüsel davranışın olmaması olanaksız görülmektedir. Manik dönemin psikiyatrik değerlendirmesinde kullanılan ölçeklerde diğer özellikler yaygın olarak çeşitlilik gösterirken dürtüsellik hemen her zaman yer almıştır. Hem manik hem de depresif dönemde hastalıkla dürtüsellüğün ilişkisi yaygın olarak çalışılmıştır, ancak aktif hastalık dışındaki dönemlerde dürtüsellüğün bozuklukla ilişkisi hakkında bilgiler daha azdır (55).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

Çalışma grubunu Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve yapılan klinik görüşme sonucunda DSM-IV-TR'ye göre BB tanısı konan ve halen remisyonda olan 60 hasta ve bu hastaların 60 sağlıklı birinci derece akrabaları oluşturdu. Hastaların değerlendirmelerinde remisyon ölçütleri olan sekiz haftalık sürede atak geçirmemiş olan ve görüşme sırasında uygulanan Beck Depresyon Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği puanları 12 ve altında olanlar çalışmaya katıldı. Hastalarda BB tanısı yanı sıra DSM-IV-TR'ye göre mevcut olan diğer psikiyatrik eştanlar SCID-I ile değerlendirildi. Görüşme yapmayı veya ölçekleri doldurmayı engelleyecek düzeyde bedensel bir hastalığı ya da bilişsel bir yetersizliği olmasının yanı sıra birinci derecede akrabalar arasında SCID-I ile herhangi bir psikiyatrik tanı almış hastalar çalışma dışında bırakıldı. Her iki gruba da bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatıldıktan sonra sosyodemografik ve sağlık bilgi formu ve çalışma ölçekleri uygulandı. Araştırma için Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'nun onayı alındı.

3.1. Sosyodemografik ve Tıbbi Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan, yaş, eğitim, cinsiyet, evlilik durumu, meslek, yaşadığı yer, aile tipi, hastalık süresi ve başlangıç yaşı, ilk hastalık dönemi tipi, hastalık dönemi sayıları, egemen gidiş örüntüsü, antidepresan ile kayma varlığı, psikotik bulgu varlığı, mevsimsel özelliğin varlığı, özkıyım girişimi varlığı, yatış sayısı ve süresi, eştanı dağılımı, soygeçmişte psikiyatrik öykü ve BB varlığının sorgulanıp kaydedildiği bir formdur (Ek 1).

3.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I; Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders)

Majör DSM-IV eksen I tanılarının konması için First ve ark. (1997) tarafından geliştirilmiş ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanmış, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (59). Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (60).

3.3. Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire/TEMPS-A (Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç değerlendirme Anketi Türkçe formu/MPPS-MD)

TEMPS-A baskın afektif mizacı (dominant affective temperament) değerlendirmek için Akiskal tarafından geliştirilmiştir (61). Anket depresif, hipertimik, sınırlı, siklotimik ve endişeli mizaçları belirlemek için düzenlenmiş 99 maddeden oluşur. Kişi tüm yaşamını düşünerek maddeleri evet ya da hayır olarak yanıtlar. Bir kişide baskın depresif (18 madde), siklotimik (19 madde), hipertimik (20 madde), sınırlı (18 madde) ve endişeli (24 madde) mizaç özelliklerinin varlığını belirlemek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18 puandır. Türkçe formu geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Vahip ve ark. (2005) tarafından yapılmıştır (62). Türkçe formunun, her bir mizaç özelliği için ayrı ayrı hesaplanan test yeniden test güvenilirliği 0.73-0.93 ve Cronbach-alfa katsayısı 0.77-0.85 arasındadır.

3.4. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BB-İ)

Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi tarafından hazırlanmıştır. Ölçek 58 madde ve 11 alt ölçekten oluşmaktadır: duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, arkadaşlarıyla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobiler, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve iş. Güvenilirlik analizinde, güvenilirlik katsayıları düşük olan altı madde çıkarıldıktan sonra, Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyonları 0.22-0.86 arasındadır. Test-yeniden test güvenilirliğinde, iki ölçüm arasındaki korelasyon katsayısı yüksektir ($r=0.82$, $p<0.0001$). Geçerlilik analizlerinde, açıklayıcı faktör analizinde toplam varyansın %65,1'ini temsil eden 13 faktör elde edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde, 11 alan 0.061 RMSEA değeri ile modele uymuştur. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği, İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ile anlamlı korelasyon göstermiştir ($r=0.428$, $p<0.0001$). Hastaları (ortalama puan= $111,8\pm 15,2$) sağlıklı deneklerden (ortalama puan= $121,4\pm 10,4$) ayırt etmiştir ($t=-2.300$, $p=0.038$). Güvenilirlik analizleri sonucunda altı maddenin çıkarılması ile 52-maddeli hale gelen BB-İ, BB'ta işlevselliğin değerlendirilmesi için güvenilir ve geçerli bir araçtır (63).

3.5. Barratt Dürtüsellik Ölçeği, 11. versiyon (BIS-11)

Dürtüselligi ölçmek için geliştirilmiş, 30 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir (64). Bireyin kendisinden yanıt olarak ‘nadiren/ hiçbir zaman’, ‘bazen’, ‘sıklıkla’ ve ‘hemen her zaman/her zaman’ seçeneklerinden en uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. Faktör analiziyle 3 alt faktör elde edilmiştir: 1) Dikkatle ilişkili dürtüsellik, 2) Motor dürtüsellik, 3) Tasarlanmamış dürtüsellik. Yüksek puanlar yüksek dürtüsellik düzeyini gösterir. Türkçe uyarlaması yapılmıştır (65).

4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analiz “SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 19,0 for Windows” programı kullanılarak yapıldı. Cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, eş tanı olup olmaması, ilk hastalık epizodu, bipolar tipi, iki yıldan uzun süren epizod öyküsü, hızlı döngü, antidepresan ile kayma öyküsü, intihar girişimi öyküsü, ailede BB hikayesi, ailede başka ruhsal hastalık hikayesi, psikotik özellikli atak öyküsü, mevsimsel gidiş, hastaneye yatış, fiziksel hastalık öyküsü ve TEMPS-A ile afektif mizaç tiplerinin değerlendirilmesi için puanların karşılaştırılmasında ‘İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi’ kullanılmıştır.

Hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, son 3 yılda hasta geçirilen süre, ötimik kaldığı süre, tedavisiz geçen süre, son alevlenmeden sonra geçen süre ve TEMPS-A ile afektif mizaç tiplerinin değerlendirilmesi için Basit Korelasyon Analizi (Pearson Korelasyon Katsayısı) uygulandı.

TEMPS-A ve BB-İ, TEMPS-A ve BIS-11 puan ortalamaları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için Pearson korelasyon analizi uygulandı. Hastaların ve hasta yakınlarının TEMPS-A ile afektif mizaç tiplerinin karşılaştırılmasında ‘İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi’ uygulandı. $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

5. BULGULAR

5.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmamızda hasta grubu ve hasta yakını grubu bulunmaktadır. BB tanılı hasta grubunda yaş ortalaması $38,85 \pm 11,17$ yıl olup 38'si kadın, 22'si erkek toplam 60 hastadan oluşmaktaydı. Hasta yakını grubunda ise yaş ortalaması $32,31 \pm 14,15$ yıldır ve 29'u kadın, 31'i erkek toplam 60 herhangi bir bilinen psikiyatrik bozukluğu olmayan birey vardı. Hasta yakınlarının 7'si anne, 10'u baba, 15'i kardeş ve 28'i çocuk idi.

BB tanılı hastaların sosyodemografik özellikleri tablo 11'de, hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri ise tablo 12'de gösterilmektedir. Eğitim düzeyi sınıflandırırken, ilk ve orta dereceli okullar düşük, lise ve üniversite eğitimi almış olanlar yüksek olarak adlandırıldı.

Tablo 11. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Yaş (yıl)		38,85±11,17
		n (%)
Cinsiyet	Kadın	38 (63,3)
	Erkek	22 (36,7)
Evlilik durumu	Evli	40 (66,7)
	Evli olmayan	20 (33,3)
Eğitim düzeyi	Düşük	36 (60,0)
	Yüksek	24 (40,0)
Meslek	Çalışan	23 (38,3)
	Çalışmayan	37 (61,7)
Yaşadığı yer	Kırsal	26 (43,3)
	Kentsel	34 (56,7)
Aile tipi	Çekirdek	53 (88,3)
	Geniş	5 (8,4)
	Parçalanmış	2 (3,3)

Tablo 12. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri

Yaş (yıl)		32,31±14,15
		n (%)
Cinsiyet	Kadın	29 (48,3)
	Erkek	31 (51,7)
Evlilik durumu	Evli	26 (43,3)
	Evli olmayan	34 (56,7)
Eğitim düzeyi	Düşük	20 (33,3)
	Yüksek	40 (66,7)
Meslek	Çalışan	19 (31,7)
	Çalışmayan	41 (68,3)
Yaşadığı yer	Kırsal	42 (70,0)
	Kentsel	18 (30,0)
Aile tipi	Çekirdek	59 (98,3)
	Geniş	1 (1,7)

5.2. Hasta Grubunun Klinik Özellikleri

BB'un süresi 1 ile 40 arasında olup ortalaması $13,36 \pm 9,79$ yıldır. Hastalığın başlangıç yaşı ortalaması $25,25 \pm 9,94$ 'dür. 51 olgu (%85) BB tip 1, 9 olgu (%15) tip 2 idi. 29 hastada (%48,7) ilk hastalık epizodu majör depresyon, 28 hastada (%46,7) maniydi. Genel atak döngüsü 38 hastada (%63,3) mani/hipomaniden depresyona, 21 hastada (%35,0) depresyondan mani/hipomaniye doğruydı ve yalnızca 1 hastada (%1,7) karma tip ataklar vardı. Tüm olguların 7'sinde (%11,7) hızlı döngü, 5'inde (%8,3) bir kutuptan karşı kutuptaki hastalık dönemine (maniden depresyona ya da depresyondan maniyeye) kayma öyküsü vardı. 42 hasta (%70) en az bir kez psikotik bulgulu hastalık dönemi yaşamıştır. 36 hastada (%60) mevsimsel özellik vardı. 43 hasta (%71,7) en az bir kez BB nedeniyle hastanede yatmış ve 8 hastaya (%13,3) elektrokonvulsif tedavi uygulanmıştı. 14 hasta (%23,3) en az bir kez özkıyım girişiminde bulunmuştu. Son 3 yılda hasta geçirilen süre ortalaması $4,33 \pm 5,12$ aydı. Son hastalık epizodundan sonra geçen süre $15,81 \pm 23,82$ aydı. Hastaların ötimik kaldığı süre ortalaması $8,86 \pm 8,30$ yıl ve tedavisiz geçen süre ortalaması ise $6,26 \pm 7,24$ yıldır.

Tüm olguların 14'ünde (%23,3) bir psikiyatrik eş tanı vardı. Eş tanıları içerisinde anksiyete bozuklukları (n=13; obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, fobi, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu) ilk sırada yer almaktaydı ve bunu somatoform bozukluk (n=1) izlemekteydi. 12 hastada (%20) fiziksel hastalık öyküsü vardı. 33 hastanın (%55) ailesinde bir psikiyatrik hastalık öyküsü, 21 hastanın (%35) ailesinde BB öyküsü vardı.

Tablo 13. BB Tanılı Hasta Grubunun Klinik Özellikleri

		Ortalama (n=60)
Hastalık süresi (yıl)		13,36±9,79
Hastalık başlangıç yaşı		25,25±9,94
Son üç yılda hasta geçirilen süre (ay)		4,33±5,12
Ötimik kaldığı süre (yıl)		8,86±8,30
Tedavisiz geçen süre (yıl)		6,26±7,24
Son epizoddan sonra geçen süre (ay)		15,81±23,82
		n (%)
Bipolar tipi	tip 1	51 (85)
	tip 2	9 (15)
İlk hastalık epizodu	majör depresyon	29 (48,7)
	mani	28 (46,7)
	karma	2 (3,3)
	hipomani	1 (1,7)
Genel atak döngüsü	mani/hipomaniden depresyona	38 (63,3)
	depresyondan mani/hipomaniye	21 (35,0)
	karma	1 (1,7)
Eş tanı dağılımı	obsesif kompulsif bozukluk	5 (8,3)
	bta anksiyete bozukluğu	3 (5,0)
	yaygın anksiyete bozukluğu	2 (3,3)
	travma sonrası stres bozukluğu	2 (3,3)
	fobi	1 (1,7)
	somatoform bozukluk	1 (1,7)

5.3. Afektif Mizaç Sıklığı

Hasta grubunda en az bir baskın mizacı olan 37 hasta (%61,7) vardı. Baskın mizaç olarak 14 hastada (%23,3) depresif, 8 hastada (%13,3) siklotimik, 8 hastada (%13,3) sınırlı, 6 hastada (%10,0) endişeli ve yalnızca 1 hastada (%1,7) hipertimik mizaca rastlanmıştır.

Hasta yakını grubunda en az bir baskın mizacı olan 29 hasta (%48) vardı. Hasta yakını grubunda ise 15 kişide (%25) baskın mizaç depresif, 5 kişide (%8,3) sınırlı, 4 kişide (%6,7) endişeli, 3 kişide (%5) siklotimik, 2 kişide (%3,3) hipertimik mizaca rastlanmıştır.

Tablo 14'te ise hasta ve hasta yakınları gruplarının en az bir baskın mizacı olan ve olmayan ve olmayanların oranı gösterilmektedir.

Tablo 14. Hasta ve Hasta Yakını Grubunda Baskın Afektif Mizacın Varlığı

Grup	Hasta grubu (n,%)	Hasta yakını grubu (n,%)
Baskın mizacı olmayan	23 (%38)	31 (%52)
En az bir baskın mizacı olan	37 (%61)	29 (%48)
Toplam	60 (%100)	60 (%100)

5.4. Sosyodemografik Özellikler ile Afektif Mizaç Arasındaki İlişki

Hasta grubunda depresif mizaç kadınlarda daha sık bulunmuştur ($t=2,737$, $p=0,008$). Siklotimik, hipertimik, sinirli ve endişeli mizaç için bir cinsiyet farkı gösterilmemiştir. Yine depresif mizaç, çalışmayanlarda daha sık bulunmuştur ($t=2,297$, $p=0,025$). Hasta grubunun eğitim düzeyi, evlilik durumu ve yaşadığı yer ile mizaç özellikleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 15. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin TEMPS-A ile Karşılaştırılması

		n (%)	Depresif mizaç	Siklotimik mizaç	Hipertimik mizaç	Sinirli mizaç	Endişeli mizaç
Cinsiyet	Kadın	38 (63,3)	$t=2,737$	$t=0,928$	$t=0,831$	$t=1,745$	$t=1,593$
	Erkek	22 (36,7)	$p=0,008^*$	$p=0,357$	$p=0,410$	$p=0,086$	$p=0,117$
Eğitim düzeyi	Düşük	36 (60,0)	$t=1,685$	$t=0,264$	$t=0,652$	$t=0,606$	$t=0,748$
	Yüksek	24 (40,0)	$p=0,097$	$p=0,793$	$p=0,517$	$p=0,547$	$p=0,457$
Evlilik durumu	Evli	40 (66,7)	$t=1,530$	$t=0,646$	$t=1,372$	$t=0,854$	$t=0,987$
	Evli olmayan	20 (33,3)	$p=0,132$	$p=0,521$	$p=0,175$	$p=0,397$	$p=0,328$
Meslek	Çalışan	23 (38,3)	$t=2,297$	$t=1,848$	$t=1,272$	$t=1,730$	$t=1,753$
	Çalışmayan	37 (61,7)	$p=0,025^*$	$p=0,070$	$p=0,208$	$p=0,089$	$p=0,850$
Yaşadığı yer	Kırsal	26 (43,3)	$t=0,599$	$t=1,773$	$t=0,107$	$t=1,348$	$t=1,185$
	Kentsel	34 (56,7)	$p=0,551$	$p=0,081$	$p=0,915$	$p=0,183$	$p=0,241$

* $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

Hasta yakınlarında depresif, siklotimik, hipertimik, sinirli ve endişeli mizaç için bir cinsiyet farkı gösterilmemiştir. Depresif mizaç, çalışmayanlarda daha sık bulunmuştur ($t=2,468$, $p=0,017$).

Tablo 16. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerinin TEMPS-A ile Karşılaştırılması

			Depresif mizaç	Siklotimik mizaç	Hipertimik mizaç	Sinirli mizaç	Endişeli mizaç
Cinsiyet	Kadın	29 (48,3)	t=1,583	t=1,199	t=0,213	t=0,347	t=1,082
	Erkek	31 (51,7)	p=0,119	p=0,235	p=0,832	p=0,730	p=0,284
Eğitim düzeyi	Düşük	20 (33,3)	t=1,849	t=1,967	t=1,183	t=1,767	t=1,580
	Yüksek	40 (66,7)	p=0,070	p=0,054	p=0,242	p=0,082	p=0,119
Evlilik durumu	Evli	26 (43,3)	t=0,134	t=0,857	t=0,037	t=0,621	t=0,364
	Evli olmayan	34 (56,7)	p=0,089	p=0,395	p=0,971	p=0,537	p=0,717
Meslek	Çalışan	19 (31,7)	t=2,468	t=1,688	t=1,402	t=1,485	t=1,527
	Çalışmayan	41 (68,3)	p=0,017	p=0,097	p=0,116	p=0,143	p=0,132
Yaşadığı yer	Kırsal	42 (70,0)	t=1,563	t=0,254	t=1,584	t=0,716	t=0,099
	Kentsel	18 (30,0)	p=0,120	p=0,800	p=0,119	p=0,477	p=0,920

* $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

5.5. Hasta ve hasta yakınlarının afektif mizaç özelliklerinin karşılaştırılması

Hasta ve hasta yakınları arasında yalnızca hipertimik mizaç ($t=4,00$, $p=0,001$) ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Tablo 17. Hasta ve Hasta Yakınlarının Ortalama TEMPS-A Puanlarının Karşılaştırılması

TEMPS	Hasta (n=60)	Hasta yakını (n=60)	t	p
Depresif	9,31±4,22	7,75±4,83	1,89	0,061
Siklotimik	9,93±5,34	8,40±5,27	1,58	0,116
Hipertimik	9,00±4,82	12,55±4,87	4,00	0,001*
Sinirli	6,01±4,58	4,83±4,31	1,45	0,148
Endişeli	8,60±5,82	7,93±6,19	0,60	0,545

* $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

5.6. Klinik Değişkenler ile Afektif Mizaç Arasındaki İlişki

Bipolar hastaların tüm klinik özellikleri ile TEMPS-A puanları arasındaki ilişki incelendi. Sonuçlar Tablo 18 ve 19'da sunulmaktadır. Hastalık özelliklerinden hastalık süresi, son 3 yılda hasta geçirilen süre, ötimide kaldıkları süre, tedavisiz geçen süre ile TEMPS-A afektif mizaç alt boyutları arasında ilişki bulunamadı. Hastalık başlangıç yaşı ile TEMPS-A alt boyutlarından siklotimik mizaç arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=-0,289$, $p=0,0025$). Hastalık başlangıç yaşı düştükçe, siklotimi puanlarının yükseldiği gözlemlendi. Benzer şekilde, son epizoddan sonra geçen süre ile TEMPS-A alt

boyutlarından depresif mizaç ve hipertimik mizaç arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=-0,278$, $p=0,031$), ($r=-0,266$, $p=0,040$). Son atak döneminden sonra geçen süre kıaldıkça, depresif ve hipertimik afektif mizaç puanı yüksek bulundu.

Bipolar hastaların hastalık özelliklerinden bipolar tipi, hızlı döngü öyküsü, kayma öyküsü, mevsimsel özellik, özkıyım girişimi ve ailede bipolar hastalık öyküsü değişkenleri ile TEMPS-A afektif mizaç alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunamadı.

Tablo 18. Hastaların Klinik Özelliklerinin TEMPS-A ile Karşılaştırılması (1)

	Ortalama (n=60)	Depresif mizaç	Siklotimik mizaç	Hipertimik mizaç	Sinirli mizaç	Endişeli mizaç
Hastalık süresi (yıl)	13,36±9,79	$r=0,111$ $p=0,397$	$R=0,139$ $p=0,289$	$r=0,163$ $p=0,214$	$r=0,043$ $p=0,745$	$r=0,135$ $p=0,305$
Hastalık başlangıç yaşı	25,25±9,94	$r=0,087$ $p=0,508$	$r=-0,289$ $p=0,025^*$	$r=-0,030$ $p=0,822$	$r=-0,118$ $p=0,368$	$r=-0,180$ $p=0,168$
Son üç yılda hasta geçirilen süre (ay)	4,33±5,12	$r=0,195$ $p=0,162$	$r=-0,102$ $p=0,465$	$r=-0,028$ $p=0,840$	$r=-0,099$ $p=0,482$	$r=0,079$ $p=0,574$
Ötimik kaldığı süre (yıl)	8,86±8,30	$r=0,026$ $p=0,338$	$R=0,159$ $p=0,226$	$r=0,025$ $p=0,848$	$r=0,077$ $p=0,559$	$r=0,112$ $p=0,396$
Tedavisiz geçen süre (yıl)	6,26±7,24	$r=-0,131$ $p=0,525$	$r=-0,215$ $p=0,292$	$r=-0,221$ $p=0,277$	$r=-0,026$ $p=0,898$	$r=0,101$ $p=0,624$
Son epizoddan sonra geçen süre (ay)	15,81±23,82	$r=-0,278$ $p=0,031^*$	$r=-0,103$ $p=0,432$	$r=-0,266$ $p=0,040^*$	$r=0,039$ $p=0,769$	$r=-0,108$ $p=0,413$

* $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

Bipolar hastaların TEMPS-A afektif mizaç alt boyutlarından siklotimik mizaç, hipertimik mizaç, endişeli mizaç ile eş tanı ilişkili bulunmaz iken depresif mizaç ($t=3,711$, $p=0,0001$) ve sinirli mizaç ($t=2,482$, $p=0,016$) ile eş tanı arasında anlamlı ilişkili bulundu.

TEMPS-A afektif mizaç alt boyutlarından depresif mizaç, siklotimik mizaç, hipertimik mizaç, endişeli mizaç ile hastalık öyküsünde psikotik özelliğin varlığı ile ilişki bulunmaz iken sinirli mizaç ($t=2,131$, $p=0,037$) ile psikotik özellik arasında anlamlı ilişki saptandı.

TEMPS-A afektif mizaç alt boyutlarından depresif mizaç, siklotimik mizaç, sinirli mizaç, endişeli mizaç ile ailede özkıyım öyküsü arasında anlamlı ilişki bulunmaz iken hipertimik mizaç ($p=0,036$) ile ailede özkıyım öyküsü arasında anlamlı ilişki bulundu ($t=2,146$, $p=0,036$).

Tablo 19. Hastaların Klinik Özelliklerinin TEMPS ile Karşılaştırılması (2)

		n (%)	Depresif mizaç	Siklotimik mizaç	Hipertimik mizaç	Sinirli mizaç	Endişeli mizaç
Bipolar tipi	tip 1	51 (85)	t=1,304	t=0,174	t=0,446	t=1,502	t=0,345
	tip 2	9 (15)	p=0,197	p=0,862	p=0,657	p=0,139	p=0,731
Eştanı	olan	14 (23,3)	t=3,711	t=1,437	t=0,756	t=2,482	t=1,515
	olmayan	46 (76,7)	p=0,0001*	p=0,156	p=0,453	p=0,016*	p=0,125
Hızlı döngü öyküsü	olan	7 (11,7)	t=0,357	t=0,634	t=1,342	t=0,600	t=0,673
	olmayan	53 (88,3)	p=0,722	p=0,529	p=0,185	p=0,551	p=0,503
Kayma öyküsü	olan	5 (8,3)	t=0,504	t=0,990	t=0,192	t=0,093	t=0,159
	olmayan	55 (91,7)	p=0,616	p=0,326	p=0,848	p=0,927	p=0,874
Psikotik özellik	olan	42 (70,0)	t=1,573	t=0,220	t=0,874	t=2,131	t=1,992
	olmayan	18 (30,0)	p=0,121	p=0,827	p=0,386	p=0,037*	p=0,051
Mevsimsel özellik	olan	36 (60,0)	t=0,846	t=0,956	t=1,897	t=0,137	t=0,467
	olmayan	24 (40,0)	p=0,401	p=0,343	p=0,063	p=0,892	p=0,642
Özkıyım girişi	olan	14 (23,3)	t=1,276	t=1,200	t=0,948	t=0,015	t=0,710
	olmayan	46 (76,7)	p=0,207	p=0,235	p=0,347	p=0,988	p=0,481
Ailede bipolar öykü	olan	21 (35,0)	t=0,232	t=0,070	t=0,783	t=0,726	t=1,280
	olmayan	39 (65,0)	p=0,817	p=0,944	p=0,437	p=0,471	p=0,206
Ailede özkıyım öyküsü	olan	7 (11,7)	t=0,826	t=1,564	t=2,146	t=0,974	t=0,425
	olmayan	53 (88,3)	p=0,385	p=0,123	p=0,036*	p=0,334	p=0,672

* $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

5.7. İşlevsellik ile Afektif Mizaç Arasındaki İlişki

BB-İ alt ölçek puanları ile TEMPS afektif mizaç alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiş olup tablo 20'de sunulmaktadır. Depresif mizaç ile BB-İ alt ölçek puanlarından zihinsel işlevsellik ($r=-0,278$, $p=0,032$), cinsel işlevsellik ($r=-0,281$, $p=0,029$), damgalanma hissi ($r=-0,261$, $p=0,044$), ev içi ilişkiler ($r=-0,444$, $p=0,001$) ve iş ($r=-0,272$, $p=0,036$) alt ölçekleri arasında negatif yönde anlamlı ilişkili belirlendi. Siklotimik mizaç ile BB-İ ev içi ilişkiler alt ölçeği arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edildi ($r=-0,274$, $p=0,034$). Hipertimik mizaç ile BB-İ alt ölçeklerinin biri (damgalanma hissi) hariç diğer tümü arasında pozitif yönde ancak istatistiksel anlamlılığa ulaşmayan bir ilişki belirlendi. Hipertimik mizaç ile yalnızca BB-İ damgalanma alt ölçeği arasında negatif yönde ilişki tespit edildi ($r=-0,134$, $p=0,307$).

Sinirli mizaç ile BB-İ alt ölçeklerinin çoğu (arkadaşlarla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme hariç, diğerleri) arasında negatif yönde istatistiksel anlamlılığa ulaşmayan ilişkiler belirlendi.

Endişeli mizaç ile BB-İ alt ölçeklerinden duygusal işlevsellik ($r=-0,268$, $p=0,038$), cinsel işlevsellik ($r=-0,261$, $p=0,044$) ve damgalanma hissi ($r=-0,360$, $p=0,05$) alt ölçekleri arasında negatif yönde anlamlı ilişkili belirlendi.

Tablo 20. İşlevsellik Düzeyleri ile Afektif Mizaç Karşılaştırılması

BB-İ alt ölçekleri	Depresif mizaç	Siklotimik mizaç	Hipertimik mizaç	Sinirli mizaç	Endişeli mizaç
Duygusal işlevsellik	$r=-0,149$ $p=0,255$	$r=-0,124$ $p=0,347$	$r=0,063$ $p=0,632$	$r=-0,120$ $p=0,360$	$r=-0,268$ $p=0,038^*$
Zihinsel işlevsellik	$r=-0,278$ $p=0,032^*$	$r=-0,201$ $p=0,124$	$r=0,189$ $p=0,149$	$r=-0,113$ $p=0,388$	$r=-0,231$ $p=0,076$
Cinsel işlevsellik	$r=-0,281$ $p=0,029^*$	$r=-0,005$ $p=0,706$	$r=0,109$ $p=0,407$	$r=-0,145$ $p=0,268$	$r=-0,261$ $p=0,044^*$
Damgalanma hissi	$r=-0,261$ $p=0,044^*$	$r=-0,138$ $p=0,291$	$r=-0,134$ $p=0,307$	$r=-0,149$ $p=0,255$	$r=-0,360$ $p=0,005^*$
İçe kapanıklık	$r=-0,207$ $p=0,112$	$r=-0,072$ $p=0,582$	$r=0,210$ $p=0,107$	$r=-0,091$ $p=0,491$	$r=-0,251$ $p=0,053$
Ev içi ilişkiler	$r=-0,444$ $p=0,001^*$	$r=-0,274$ $p=0,034^*$	$r=0,098$ $p=0,454$	$r=-0,105$ $p=0,424$	$r=-0,192$ $p=0,141$
Arkadaşlarla ilişkiler	$r=-0,182$ $p=0,165$	$r=-0,115$ $p=0,382$	$r=0,124$ $p=0,347$	$r=0,042$ $p=0,748$	$r=-0,035$ $p=0,789$
Toplumsal etkinliklere katılım	$r=-0,160$ $p=0,222$	$r=-0,113$ $p=0,390$	$r=0,168$ $p=0,199$	$r=0,098$ $p=0,456$	$r=0,067$ $p=0,612$
Günlük etkinlikler ve hobiler	$r=-0,191$ $p=0,143$	$r=-0,098$ $p=0,454$	$r=0,122$ $p=0,352$	$r=-0,112$ $p=0,393$	$r=-0,017$ $p=0,898$
İnisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme	$r=-0,241$ $p=0,064$	$r=-0,029$ $p=0,826$	$r=0,160$ $p=0,221$	$r=0,051$ $p=0,698$	$r=-0,015$ $p=0,917$
İş	$r=-0,272$ $p=0,036^*$	$r=0,026$ $p=0,841$	$r=0,005$ $p=0,970$	$r=-0,032$ $p=0,811$	$r=0,048$ $p=0,714$

* $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

5.8. Dürtüsellik ile Afektif Mizaç Arasındaki İlişki

BIS-11 ölçeği ile TEMPS-A afektif mizaç alt faktörleri arasındaki ilişki incelenmiş olup tablo 21'de sunulmaktadır. TEMPS-A afektif mizaç alt boyutlarından hiçbirisiyle tasarlanmamış dürtüsellik ölçek puanları ile arasında anlamlı ilişki bulunamadı. BIS-11 toplam puanı ile depresif mizaç ($r=0,503$, $p=0,001$), siklotimik mizaç ($r=0,361$, $p=0,005$), sinirli mizaç ($r=0,281$, $p=0,029$), endişeli mizaç ($r=0,311$, $p=0,015$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki belirlendi. Motor dürtüsellik ile depresif mizaç ($r=0,443$, $p=0,001$), siklotimik mizaç ($r=0,442$, $p=0,001$), hipertimik mizaç ($r=0,386$, $p=0,002$), sinirli mizaç ($r=0,398$, $p=0,002$), endişeli mizaç ($r=0,444$, $p=0,001$) olmak üzere tüm mizaç alt faktörleri arasında

pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. Dikkatle ilişkili dürtüsellik ile depresif mizaç ($r=0,468$, $p=0,001$), siklotimik mizaç ($r=0,265$, $p=0,041$) ve hipertimik mizaç ($r=0,298$, $p=0,021$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu.

Tablo 21. Dürtüsellik ile Afektif Mizaç Karşılaştırılması

BIS-11 alt faktörleri	Depresif mizaç	Siklotimik mizaç	Hipertimik mizaç	Sinirli mizaç	Endişeli mizaç
Dikkatle ilişkili dürtüsellik	$r=0,468$ $p=0,001^*$	$r=0,265$ $p=0,041^*$	$r=0,298$ $p=0,021^*$	$r=0,194$ $p=0,137$	$r=0,197$ $p=0,131$
Motor dürtüsellik	$r=0,443$ $p=0,001^*$	$r=0,442$ $p=0,001^*$	$r=0,386$ $p=0,002^*$	$r=0,398$ $p=0,002^*$	$r=0,444$ $p=0,001^*$
Tasarlanmamış dürtüsellik	$r=0,177$ $p=0,176$	$r=0,070$ $p=0,596$	$r=-0,068$ $p=0,603$	$r=0,058$ $p=0,661$	$r=-0,019$ $p=0,884$
Toplam puan	$r=0,503$ $p=0,001^*$	$r=0,361$ $p=0,005^*$	$r=0,250$ $p=0,054$	$r=0,281$ $p=0,029^*$	$r=0,311$ $p=0,015^*$

* $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

6. TARTIŞMA

Çalışmamızın sonucunda, BB tanılı hasta grubunun çoğunluğunda (%62 oranda) en az bir baskın mizaç bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, bu konuyu araştıran çalışmalarda farklı oranlar elde edildiği gözlenmektedir (42, 66). Bu oranı %26 olarak belirleyen araştırmalar (42) olduğu gibi %93'e varan oranlarda bulanların (66) da olduğu dikkat çekmektedir. Bulgular arasındaki bu farklılığın, değişken örneklem özelliklerine, hasta gruplarının heterojen olmasına (örneğin, bipolar tip belirlemeleri, iyilik ya da hastalık döneminde olup olmadığına, baskın afektif mizacı ölçen aracın özelliklerine, örneğin kişinin tüm yaşamını düşünerek yanıtlaması gereken bir ölçeğin sonuçlarının hastanın hangi dönemde olduğuna bağlı olarak değişebilmesi nedeniyle) bağlı olabileceği düşünülebilir. Bu araştırmada ortalama 40 yaşlarda, çoğu kadın, yaklaşık 14 yıllık hastalık öyküsü olan, çoğu bipolar tip 1 ve halen iyilik döneminde olan BB tanılı hastalara TEMPS-A ölçeği uygulanmıştır.

Hasta grubunda en sık olarak depresif mizaca rastlanmış olup bunu siklotimik ve sınırlı mizaç izlemiştir. BB'ta siklotimik, hipertimik, sınırlı mizaç oranlarının ön planda olduğu ve mizaç özelliklerinin klinik görünümü etkilediğini gösteren çalışmalar (11, 42) olduğu gibi bu hasta grubunda depresif ve siklotimik mizaç puanının yüksek bulunduğunu bildiren çalışmalarda (41, 67, 68, 69) vardır. Hasta grubunda gözlediğimiz yüksek depresif mizaç oranı, ilk hastalık epizodunun en yüksek oranla (%49) majör depresyon olması, hastalarımız arasında %15 oranda bipolar 2 bozukluk hastalarının bulunması ve bu grubun hiç tam bir manik atak geçirmemiş hastalardan oluşması, hipomanilerin varlığı ile klinik olarak siklotimiye daha yakın durması gibi özellikler ile açıklanabilir.

Bipolar, unipolar depresyon ve sağlıklı grupların karşılaştırıldığı bir çalışmada, siklotimik mizacı her iki hasta grubunda, hipertimik mizaç bipolar grupta ve depresif mizaç unipolar depresyon grubunda anlamlı düzeyde fazla bulmuşlardır (40). Benazzi ve ark. (2006), siklotimik mizaç puanlarının bipolar 2 hastalarında major depresyon hastalarına oranla daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (70).

Araştırmamızda BB tanılı hasta grubunda depresif mizaç kadınlarda daha sık gözlenmiştir. Literatürde çalışmamıza benzer şekilde, kadın bipolar hastalarda depresif mizacı daha fazla bulan çalışmalar olduğu gibi (10, 45, 67) siklotimik mizacı kadınlarda daha sıklıkla

gözleyenler (71) de vardır. Literatürdeki bazı çalışmalarda gözlenen erkek hastalardaki baskın hipertimik mizaç özellikleri (10, 42, 45, 46) bizim çalışmamızda doğrulanmamıştır. Bulgularımıza göre depresif mizaç dışında diğer mizaç özelliklerinde cinsiyet açısından bir fark belirlenmemiştir.

Sosyodemografik özellikler ile afektif mizaç arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel anlamlı tek bulgu, depresif mizacın çalışmayanlarda daha sık olduğudur. Bu bulgumuzun, grubumuzda çalışmayanların daha çok ev hanımlarından oluşmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Literatürde bu konuyu inceleyen çalışmalarda mizaç özelliklerinin iş hayatını etkilediği ve hipertimiklerin iş stresiyle daha sağlıklı yüzleştiği bulgusu yer almaktadır (72, 73). Ayrıca hipertimik mizaç özelliğine sahip kişilerde global işlevselliğin bozulmamasının, çevresel değişimlerle yüzleşme açısından yararlı olduğu düşünülmektedir (74). Araştırmamız, kesitsel niteliği nedeniyle böyle bir neden-sonuç ilişkisi kurmada yetersiz kalacağından, mizaç özellikleri ve çalışma hayatına etkisi konusunda daha ileri bir yoruma gidilememektedir.

Çalışmamızda klinik değişkenler ile afektif mizaç özelliklerini incelediğimizde, hastalık başlangıç yaşı daha erken olanlarda siklotimik mizaç puanının yüksek oluşu dikkat çekmekteydi. Bu bulgumuz Kochman ve ark.'nın (2005) çocuk ve ergen depresyonu olan 80 olguyu inceledikleri çalışmasında (48), olguların %43'ünün bipolar bozukluk tanısı aldığı ve bu ergenlerde siklotimik mizaç puanının en yüksek olduğu bulgusunu destekler niteliktedir. Aynı yazarlar siklotimik mizacın çocuk ve ergenlerde bipolar dönüşüm ile ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir (48). Farklı çalışmalarda, hastalık öyküsü olmayan öğrencilerde siklotimi prevalansı %6,3 bulunmuş (75) ve örneklem grubunun yaşı düştükçe siklotimi mizaç puanlarının artmakta olduğu gözlenmiştir (5, 75).

Bulgularımız klinik değişkenlerden son epizoddan beri geçen süre ile depresif ve hipertimik mizacın ters yönde ilişkili olduğu yönündedir. Yaptığımız görüşme öncesi daha uzun iyilik dönemine sahip olanlarda depresif mizaç puanının daha düşük olması anlaşılır bir bulgudur. Bulgularımız, afektif mizacın BB'un klinik gidişatını etkilediği görüşünü (41, 74, 76) desteklemektedir. Akiskal ve ark. (1998) bipolar 1 interepizodik depresif mizaçla karakterize ise karma mani ve hızlı döngü ile kendini gösterdiğini ileri sürmüştür (10).

Çalışmamızda BB tanılı hasta grubunda yaklaşık dörtte bir oranda (%23) psikiyatrik eştanı bulunması ve bunlar arasında da anksiyete bozukluklarının ilk sırada yer alması, BB'ta eştanının çok yaygın olduğu görüşü (19, 77) ile uyumludur. Yine literatür bilgisine göre BB olgularında beklenebilecek ikinci sıklıkta eştanı alkol-madde kullanım bozukluğudur. Ancak örneklemimizde hiçbir olguda bu eştanıya rastlanmamış olmasının, ülkemizde alkol-madde kullanımının daha az olmasına (29) bağlanabileceği gibi hasta grubumuzun daha çok kadın oluşu ile de ilgili olabileceği düşünülebilir.

Hasta grubumuzda BB dışında bir psikiyatrik eştanının varlığı, depresif ve sınırlı mizaç ile ilişkili bulunmuştur. Eştanı dağılımında ise ağırlıklı olarak anksiyete bozuklukları olması nedeniyle endişeli mizaç ile beklediğimiz ilişki doğrulanmamıştır. Bu konuda yapılan çalışmalarda Perugi ve ark.'ları (2010) siklotimik mizaçta hipertimik mizaca göre hayat boyu eksen 1 komorbiditesini daha fazla gözlemlemişken özellikle panik bozukluk, agorafobi, sosyal anksiyete bozukluğu gibi anksiyete bozukluklarını daha fazla belirlemiştir (76). Çalışmamızın kesitsel oluşu nedeniyle neden sonuç ilişkisi kurulamamaktadır. Vazquez ve arkadaşları (2008) bipolarların sağlıklı akrabalarında endişeli mizacı yüksek bulmuş, bunun da anksiyete bozukluklarının BB'lar ile komorbid olmasını yansıttığını ifade etmiştir (72).

Çalışma grubumuzda BB tanılı hastaların yarıdan fazlasının (%55) ailelerinde herhangi bir psikiyatrik hastalık ve yaklaşık üçte birinde (%35) ise BB öyküsü vardı. Literatürde BB tanılı hastaların birinci derece akrabalarında BB tanı riskinin %3-8 arasında değiştiğini ileri sürenler (19) olduğu gibi bu oranı %27 ile %100 arasında bulan çalışmalar (66, 69, 78,79) da vardır.

Mizacın hastalık dönemlerinin görünümünü renklendirdiği (80) ve aynı zamanda şiddetini etkilediği kabul edilmektedir. Çalışmamızda BB tanılı hastaların öykülerinde hızlı döngü, kayma, mevsimsel özellik, özkıyım girişimi bulunması ile herhangi bir afektif mizaç özelliği arasında bir ilişki belirlenmedi. Anlamlı ilişki saptadığımız tek bulgu hastalığın bir şiddet göstergesi olan psikotik özellikli atak geçirme özelliği ile sınırlı mizaç arasında gözlenmiştir. Bu yanı ile Swann ve ark. (2004) ile Kesebir ve ark.'nın (2005) bulgularını destekler niteliktedir (80, 81).

BB tanılı hastaların sağlıklı birinci derece akrabaları incelendiğinde ise yaklaşık yarısında (%48 oranda) en az bir baskın mizaca rastlanmış ve hasta grubuna benzer şekilde en

sık olarak depresif mizacın, daha az sıklıkta sinirli ve endişeli mizacın bulunduğu gözlenmiştir. Literatürde bu konuda yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde, Vazquez ve arkadaşlarının (2008) bipolar hastaların sağlıklı akrabalarının kontrol grubuna göre yüksek oranda mizaç özelliği sergiledikleri gözlenmiş ve siklotimik ve endişeli mizaç puanları daha yüksek bulunmuştur (73). Kesebir ve ark.'nın (2005) yaptığı çalışmada en az bir baskın mizacı bulunan sağlıklı akrabaların oranı %22 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada, BB tanılı grupta siklotimik ve sinirli mizacı sağlıklı birinci derece akrabalarından daha sık bulmuşlardır. Depresif ve endişeli mizacı ise bipolar 1 hasta grubunda ve birinci derece sağlıklı akraba grubunda belirlememişlerdir (42). Gandotra ve ark.'nın yaptığı çalışmada (2011), bipolar grubun sağlıklı akrabaları kontrol grubuna göre daha hipertimik bulunmuş ve bipolar hastaların birinci derece akrabalarında hipertimi dağılımındaki yoğunluğun bipolaritenin ifadesi olduğu ileri sürülmüştür (66). Yine Evans ve ark. (2005), patolojik mizaç puanlarını, en yüksek bipolar grupta, sonra sırası ile major depresyon grubunda, etkilenmemiş akraba ve en son da kontrol grubunda bulmuşlardır (68).

Çalışmamızda hasta grubunda baskın mizacı olanların yüzdesi, hasta yakını grubu yüzdesine göre yüksek bulunmuştur. Hasta ve hasta yakını grupları arasında, afektif mizaç özelliklerinden yalnızca hipertimi açısından anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. İlginç olarak hasta yakınlarının ortalama hipertimi puanı, hasta grubunun ortalama hipertimi puanından anlamlı düzeyde yüksektir. Araştırmamızda bir başka dikkat çeken bulgu da, tüm diğer mizaç özelliklerinden, depresif, siklotimik, sinirli ve endişeli mizaç puanı ortalamalarının hasta grubunda yüksek olduğu, ancak bunun istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığıdır. Bu, genel anlamda kabul görmüş olan ve BB tanılı hastaların etkilenmemiş akrabalarında bipolaritenin ifadesinin hipertimi şeklinde olduğu görüşünü desteklemektedir (41, 42, 66, 72). Bulgularımız, afektif mizaç özelliklerinin genetik ya da hastalık tetikleyicisi olup olmadığı sorusuna netlik getirmemekle birlikte afektif mizacın klinik geçerliliğine ilişkin kanıtlar sunmaktadır.

Çalışmamızda ayrıca hasta grubunun mizaç özellikleri ile genel işlevsellik düzeyleri karşılaştırılmıştır. Bipolar hastaların depresif mizaç puanları arttıkça zihinsel ve cinsel işlevsellikte, ev içi ilişkiler ve iş yaşamında bozulmanın da arttığı gözlenmiştir. Depresif belirtilerin işlevselliğin bu boyutlarını olumsuz yönde etkilemesi beklenen bir bulgudur. Şaşırtıcı olan, depresif mizaç puanı yükseldikçe, damgalanma hissinde gözlenen azalmadır. Aynı nedenlerden duygusal işlevselliğin azalması, arkadaşlarla ilişkilerin bozulması,

toplumsal etkinliklere katılımın, günlük etkinlikler ve hobilerin, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme durumunun olumsuz etkilenmesi beklenebilir. Ancak örneğimizde, depresif mizacın bu alanlarda bozucu bir etki yarattığı gözlenmekle birlikte istatistiksel anlamlılığa erişmemiştir. Bu da örneklem büyüklüğündeki yetersizliğimizle ve işlevsellik ölçümünü, nesnel verilerle değil de, bir kendini değerlendirme ölçeği kullanarak ölçmüş olmamız ile açıklanabilir.

BB tanılı hasta grubumuzda siklotimik mizacın işlevsellikte yalnızca ev içi ilişkilerde anlamlı bozulmaya yol açtığı görülmektedir. Siklotimik mizacın diğer pek çok işlevsellik alanında bir bozulmaya yol açtığı gözlenmekle birlikte istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır. Bulgularımıza göre, hipertimik ve sınırlı mizacın hastaların işlevselliğinin hiçbir boyutuna anlamlı bir etkisi yoktu. İstatistiksel anlamlılığa ulaşmamakla birlikte, artan hipertimik mizaç puanının damgalanma hissini azalttığı, diğer işlevsellik düzeylerini ise artırdığı belirlendi. Afektif mizaç özelliklerinden hipertiminin, işlevselliği artırıcı bir etkisi olabileceği beklenen bir bulgudur. Algılanan damgalanma hissini azaltıyor oluşu ise hastanın artan işlevselliğine paralel olarak kendinden memnuniyetine bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Yine istatistiksel anlamlılığa ulaşmamakla birlikte, sınırlı mizaç arttıkça duygusal, zihinsel ve cinsel işlevselliğin azalması, damgalanma hissi ve içe kapanıklık düzeylerinin azalması, ev içi ilişkilerin bozulması, günlük etkinlikler ve hobilerin yanı sıra iş düzeylerinin azalması beklenen bir bulgudur.

Araştırmamızda BB tanılı grupta endişeli mizacın duygusal ve cinsel işlevselliği bozduğu ve damgalanma hissini anlamlı düzeyde azalttığı gözlemlendi. Endişeli mizaç puanı arttıkça duygusal ve cinsel işlevselliğin bozulması şaşırtıcı değildir; damgalanma hissini azalması ise endişeli ruh halinin hastanın bu konudaki duyarlılığını gölgelediği şeklinde yorumlanabilir.

Literatür gözden geçirildiğinde, bipolar hastalarda afektif mizaç ile işlevselliğin karşılaştırıldığı çok sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Aynı BB-İ ölçeğinin (63) kullanıldığı tek çalışmada BB tanılı remisyondaki hasta grubunda depresyonun ciddiyeti, sosyal destek, damgalanma hissini işlevselliğin üç belirleyicisi olduğu öne sürülmüştür (82). Depresyonun ciddiyeti en önemli belirleyici olsa da damgalanmanın işlevselliğin merkezinde rol aldığı belirlenmiş ve özellikle remisyondaki bipolar hastalarda damgalanmayı engellemenin pozitif etkileri olduğu ileri sürülmüştür (82). Çalışmamızda, işlevsellik alanları

hastalığın klinik özellikleri ile karşılaştırılmamıştır. Bunun yerine işlevsellik konusu afektif mizaç özellikleri ekseninde incelenmiştir. Bunu gerçekleştiren tek çalışma olması yanı sıra BB'a özgü bir ölçek ile ölçümün yapılması çalışmamızı farklı kılmaktadır.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda BB'ta yaşam kalitesinin düşük olduğu ve BB'un kişinin eğitim, mesleki, parasal, sosyal ve kişiler arası ilişkilerinde ciddi bozulmalara neden olduğu kabul edilmektedir (7, 9). BB ile yaşam kalitesi arasında çok yönlü ve karmaşık bir ilişki bulunmaktadır. Depresif belirtilerin şiddeti, kadın olma, tanı konma öncesi geçen sürenin uzunluğu BB'ta düşük yaşam kalitesinin belirteçleri olarak kabul edilmiştir (83). BB ile birlikte bir psikiyatrik eşanı bulunması ise yaşam kalitesindeki bozulmayı artırmaktadır (84-87).

Çeşitli çalışmalarda bipolar hastalarda depresif dönemlerde yaşam kalitesi değerlerinin daha düşük olduğu ve bu nedenle BB'ta yaşam kalitesi düşüklüğü için depresyonun öngörücü bir etken olduğu ileri sürülmüştür (88). BB'ta genel olarak yaşam kalitesinin ötimik dönemde en iyi ve depresif dönemde en kötü olduğu, manik/hipomanik dönemde ise karma ve depresif dönemlere göre daha iyi olduğu bildirilmiştir (89). Yaşam kalitesindeki bozulmanın BB tip 1 ile sınırlı olduğunu bildiren çalışmaların (86) yanı sıra, BB tip 2'de yaşam kalitesinin BB 1'e göre daha fazla bozulduğunu bildiren yayınlar da vardır (90, 91).

Bipolar hastalarla yaptıkları çalışmada Gutierrez-Rojas ve ark. (2011) aile yaşamı, sosyal yaşam, iş yaşamında yüksek oranlarda bozulma belirlemişlerdir. Özellikle önceki manik epizodun iş ve ailesel yaşamı bozduğu, depresif epizodun ise sosyal yaşamı olumsuz etkilediği gözlenmiştir (92). Vazquez ve ark.(2008) TEMPS-A ile ölçülen yüksek mizaç puanlarının QLI (Quality of Life Index) ile ölçülen yaşam kalitesini etkilediği, hipertimik mizaç hariç yüksek mizaç puanlarının yaşam kalitesine değişik etkiler yaptığı, mizaç özelliklerinin iş hayatını etkilediği, hipertimiklerin iş stresiyle daha sağlıklı yüzleştiğini gözlemlemiştir (72).

Çalışma grubumuzun işlevselliğinde pek çok alandaki bozulmaların, iyilik döneminde olmalarına karşın hastalarımızda depresif mizacın baskın olması ile tutarlı olduğunu ve bu bozulmaların, yalnızca hastalığın klinik özellikleri ile ilişki olmayıp aynı zamanda mizaç özelliklerinden de etkilendiği görüşüne yol açmıştır.

Bipolar hastaların dürtüsellik düzeylerinin de mizaç özelliklerinden etkilendiği varsayımından yola çıkarak çalışmamızda ayrıca BIS-11 ile mizaç özellikleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bipolar hasta grubumuzda, depresif, siklotimik, sinirli ve endişeli mizaç puanları arttıkça genel dürtüsellik düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir. Yalnızca hipertimik mizaçla toplam dürtüsellik puanının anlamlı bir ilişkisi bulunmadığı, ancak ilişkinin doğru yönde olduğu ve istatistiksel anlamlılık sınırlarına çok yaklaştığı gözlenmiştir.

Literatürde bipolar hastalarda afektif mizaç ile dürtüsellik inceleyen çalışmalar da sınırlı sayıdadır (93). Çalışmaların ortak özelliği bipolar hastalarda dürtüsellik yalnızca atak dönemlerinde değil iyilik halinde de yüksek olduğudur (94-96). Ekici ve ark.'nın (2011) ayrıca yaptığı çalışmada, tüm BIS-11 puanlarının ötimideki bipolar grupta daha yüksek olduğu belirlenmiş ve yüksek dürtüsellik puanının hastalık seyrinde bozulmaya, daha sık olarak depresif atakla gidişe, madde kullanımına ve kötü gidişe işaret ettiği ileri sürülmektedir (94). Strakowski ve ark. (2010) ise BIS-11 puanlarını hastalığın bütün dönemlerinde tutarlı biçimde yüksek bulmuş ve bütün duygudurum değişikliklerinde yüksek kaldığını gözlemiştir (95). Bu çalışmaların hiçbirinde doğrudan afektif mizaç ile dürtüsellik arasındaki ilişki incelenmemiştir.

Bulgularımız, dürtüsellik dikkat ve motor alanlarının depresif, siklotimik ve hipertimik mizaçla ilişkili olduğu, tasarlanmamış dürtüsellik hiçbir afektif mizaç özelliği ile anlamlı ilişki göstermediği, motor dürtüsellik ise afektif mizaç boyutlarının her biri ile ilişkili bulunduğunu, her bir boyutta puanlar yükseldikçe motor dürtüsellik de arttığını göstermiştir.

Çalışma grubumuzdaki bipolar hastalarda gözlemlediğimiz baskın mizaç özellikleri ile dürtüsellik düzeyleri arasındaki doğru yönde, işlevsellik düzeyleri arasındaki ters yönde ilişki varsayımımızı destekler niteliktedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Öncelikle bir izlem çalışması olmayıp kesitseldir ve bu da elde ettiğimiz verileri daha net, neden sonuç ilişkisi zemininde değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır. Hasta ve hasta yakınları olmak üzere her iki çalışma grubunda da tanı konması için yapılandırılmış görüşme ölçeği kullanılmıştır. Ancak karşılaştırma yapabileceğimiz sağlıklı kontrol grubumuz bulunmamaktadır. Ayrıca, hasta ve hasta yakını gruplarının örneklem sayılarındaki sınırlılık bir eksiklik olarak sayılabilir. Hasta

grubumuzda hem bipolar 1 hem de 2'yi dahil etmiş ancak iki grubu ayrı ayrı karşılaştırabilecek sayılara ulaşamamış olmamız düşünülürse daha büyük örneklerde alt tipler açısından da karşılaştırma yapılabilecek yeterli sayıda hastayı içeren ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırma olanağı verebilecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Burada BB'ta mizacı çalışmanın bazı güçlüklerini saymak da yerinde olacaktır. Bunlar arasında, anketi dolduran kişilere tüm yaşamlarını göz önüne almaları sözel ve yazılı yönergelerle hatırlatılmasına karşın hastalık öncesi kişilik özelliklerini değerlendirmede varolan güçlükler ile hastaların her ne kadar atak arası iyilik döneminde olsalar bile hastalığın etkilerini ya da kalıntı belirtilerin mizaç özelliklerine etkilerini dışlamamanın olanaksızlığı sayılabilir. Ayrıca araştırmamızda işlevsellik ve dürtüsellik düzeyleri, geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış ölçeklerle değerlendirilmiş olmakla birlikte hastanın yalnızca kendi beyanına dayanması nedeniyle nesnel ölçüm olanaklarından yoksun kalmıştır.

Kısıtlılıklarına karşın çalışmamız, afektif mizaç ile BB arasındaki ilişkileri değerlendirmekte ve sonuçta da afektif mizacın klinik geçerliğinin olduğuna ve bir dereceye kadar klinik bir önem taşıdığına dikkat çekmektedir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bulgularımıza göre kadınlarda depresif mizaç daha sık ve başlangıç yaşı erken olanlarda siklotimik mizaç puanı daha yüksekti; eşanın varlığı depresif ve sinirli mizaç ile, psikotik özellikli atak geçirme özelliği ise yalnızca sinirli mizaç ile ilişkiliydi. En çok depresif ve endişeli mizacın işlevselliği bozduğu; hipertimi dışında tüm mizaç özelliklerinin genel anlamda dürtüsellik düzeylerini arttırdığı; motor dürtüsellüğün tüm mizaç özellikleri ile ve dikkatle ilişkili dürtüsellüğün depresif, siklotimik ve hipertimik mizaç ile ilişkili olduğu gözlemlendi. Sonuçlarımız, duygulanım bozukluklarını ele alırken kimi zaman bipolar ve unipolar ayırımında ve özellikle arada kalan olguları tanımlamada yetersiz kaldığı görüşüne yakın durmaktadır. Literatürde sıklıkla gösterilmiş olan bipolarlarda hipertimik, unipolarlarda depresif mizacın baskın olduğu bilgisi çalışmamızda doğrulanmamıştır. Bununla birlikte bipolar bozukluk hastalarının ataklar arası iyilik dönemlerinde bile afektif değişimler yaşadığı net olarak gösterilmiş ve hatta bu mizaç düzensizlikleri etkilenmemiş akrabalarında da gözlenmiştir. Çalışmamızın belki de en önemli bulgusu, hasta ve birinci derece akrabaları arasında afektif mizaç özelliklerinden yalnızca hipertimide gözlenen anlamlı ilişkidir. Özetle araştırmamız, siklotimik mizacın hastalığın doğasında olduğu, hipertiminin ise ailesel yatkınlıkla ilgili olduğu sonucuna varmaktadır.

8. KAYNAKLAR

- 1- Akiskal HS, Downs J, Jordan P ve ark. Affective disorders in referred children and younger siblings of manic- depressives. Mode of onset and prospective course. Arch. Gen. Psychiatry, 1985; 42:996-1003.
- 2- Strober M, Schmidt- lackner S, Freeman R ve ark. Recovery and relapse in adolescents with bipolar affective illness: a five-year naturalistic, prospective follow-up. J.AM. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1995; 34:724-731.
3. Akiskal HS, Lopez JJ, Sartorius N. iki Uçlu Bozukluk. (Çevirenler: Timuçin O), John Wiley&Sons Ltd. 2002
4. Leboyer M, Henry C, Paillere-Martinot M-L ve ark. Age at onset in bipolar affective disorders: a review. Bipolar Disorders, 2005; 7: 111-118
5. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the soft bipolar spectrum: treatment implications. Psychopharmacol Bull 1987; 23: 68-73
6. Akiskal HS, Tohen M. Bipolar Psikofarmakoterapi, Hastanın Bakım ve Desteği. (Çevirenler: Timuçin O) John Wiley&Sons Ltd. 2006.
7. Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S ve ark. Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. Qual Life Res 2006; 15: 25-37.
8. Shippee ND, Shah ND, Williams MD ve ark. Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder: results from a nationally representative sample. Health Qual Life Outcomes. 2011; 9:90.
9. Namjoshi MA, Buesching DP. A review of the health-related quality of life literature in bipolar disorders. Qual Life Res. 2001; 10:105-115.
10. Akiskal HS, Hantouche EG, Bourgeois M ve ark. Gender, temperament and the clinical Picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN). J. Affect. Disord. 1998; 50:175-186.
11. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. J Affect Disord. 2001; 67:3-19.
12. Kelsoe, J.R. Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. J. Affect. Disord. 2003; 73:183-197.
13. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. J Clin Psychopharmacol 1996; 16(Suppl.1):4-14.
14. Brieger P. TEMPS-a scale in 'mixed' and 'pure' manic episodes: new data and methodological considerations on the relevance of joint anxious depressive temperament traits. J Affect Disord 2003; 73:99-104.

15. Işık E. Duygu Durumu Bozuklukları, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul; Görsel Sanatlar Matbaası; 2003:467-540.
16. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV- TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington D.C, 2000'den çeviren: Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri, 2001.
17. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. J. Affect. Disord. 1998; 50:143-151.
18. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J ve ark. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. J Affect Disord, 2000; 59:5-30.
19. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's 2007 Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. ed. Aydın H, Bozkurt A (Çevirenler). 1. basım, Ankara: Güneş Kitabevi, 2007.
20. Merikangas K. Genetic epidemiology: bringing genetics to the population the NAPE Lecture 2001. Acta Psychiatr Scand. 2002; 105:3-13.
21. Ceylan M. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Duygudurum Bozuklukları. 1. cilt 4. Baskı, İstanbul: CSA Medikal Yayın; 2001.
22. Nancy C. Andreasen, Donald W. Black Introductory Textbook of Psychiatry 4th edition, Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc 2006.
23. Yazıcı O, Kora K, Üçok A ve ark. Predictors of lithium prophylaxis in bipolar patients. J Affect Disord. 1999; 55:133-142.
24. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği. Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007.
25. Sax KW, Strakowski SM, Zimmerman ME ve ark. Frontosubcortical neuroanatomy and the continuous performance test in mania. Am j psychiatry. 1999; 156:139-141.
26. Brambilla P, Glahn DC, Balestrieri M ve ark. Magnetic resonance findings in bipolar disorder. Psychiatr Clin North Am. 2005; 28:443-467.
27. Akiskal HS, Hantouche EG. Validating antidepressant-associated hypomania (Bipolar III): a systematic comparison with spontaneous hypomania (Bipolar II). J Affect Disord. 2003; 73:65-74.
28. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III and IV. Psychiatr. Clin. North Am. 1999; 22:517- 534.
29. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. baskı. Ankara: Nobel, 2008.

30. Coryell W, Endicott J, Maser JD. Long term stability of polarity distinctions in the affective disorders. *Am J Psychiatry*. 1995; 152:385-390.
31. Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression: Review. *Psichiatri Serv*. 2001; 52:51-55.
32. Mc Elroy SL, Keck PE, Pope HGJ ve ark. Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *Am J Psychiatry*. 1992; 149:1633-1644.
33. Swann AC, Bowden CL, Morris D ve ark. Depression during mania. Treatment response to lithium or divalproex. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1997; 54:37-42.
34. Goldberg JF, Gamo JL, Leon AC ve ark. Association of recurrent suicidal ideation with nonremission from acute mixed mania. *Am J Psychiatry*. 1998; 155:1753-1755.
35. Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar affective disorders. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1995; 30:279-292.
36. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J ve ark. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2000; 59:5-30.
37. Placidi GF, Signoretta S, Liguori A ve ark. The semi structured affective temperament interview (TEMPS-I). Reliability and psychometric properties in 1010 14–26-year old students. *J Affect Disord*. 1998; 47:1–10.
38. Karam EG, Mneimneh Z, Salamoun M, Akiskal KK, Akiskal HS. Psychometric properties of the Lebanese–Arabic TEMPS-A: a national epidemiologic study. *J Affect Disord*. 2005; 87:169–183.
39. Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin N Am*. 2002; 25:713-737.
40. Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S ve ark. Duygudurum bozuklukları ile mizaç bozuklukları arasında ilişki var mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004; 15:183-190.
41. Mendlowicz MV, Akiskal HS, Kelsoe JR ve ark. Temperament in the clinical differentiation of depressed bipolar and unipolar major depressive patients. *J Affect Disord*. 2005; 84:219- 223.
42. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F ve ark. Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first-degree relatives: a controlled study. *J Affect Disord*. 2005; 85:127-133.
43. Nowakowska C, Strong CM, Santosa CM ve ark. Temperamental commonalities and differences in euthymic mood disorder patients, creative controls, and healthy controls. *J Affect Disord*. 2005; 85:207- 215.

44. Perugi G. The high prevalence of "soft " bipolar (II) features in atypical depression. *Compr Psychiatry*. 1998; 39:63-71.
45. Cassano GB, Akiskal HS, Perugi G ve ark. The importance of measures of affective temperaments in genetic studies of mood disorders. *Journal of Psychiatric Research*. 1992; 26: 257-268.
46. Leibenluft E. Women and bipolar disorder: An update. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2000; 64:5-17.
47. Blechert J, Meyer TD. Are measures of hypomanic personality, impulsive nonconformity and rigidity predictors of bipolar symptoms? *Br J Clin Psychol*. 2005; 44:15-27.
48. Kochman FJ, Hantouche E.G, Ferrari P ve ark. Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2005; 85:181-189.
49. Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. Quality of life bipolar disorder: A review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2005; 3:72.
50. MacQueen GM, Young LT, Robb JC ve ark. Levels of functioning and psychotic versus nonpsychotic mania. *J Affect Disord*. 1997; 46: 69-72.
51. Yatham LN, Lecrubier Y, Fieve RR. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disord*. 2004; 6: 379-385.
52. Ten Have M, Vollebergh W, Bijl RR ve ark. Bipolar disorder in the general population (prevalance, consequences and care utilisation): results from the Netherlands Mental Health Study (NEMESIS). *J Affect Disord*. 2002; 68:203-213.
53. Özer S, Ulusahin A, Kabakçı E. Bipolar hastalarda ataklar arası dönemde tedavi ve gidiş ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001; 12:111-120.
54. Yazıcı K, Yazıcı AE. Dürtüselliğin Nöroanatomik ve Nörokimyasal Temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010; 2:254-280.
55. Güleç H, Tamam L, Usta H. Bipolar bozuklukta dürtüsellik. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2009; 10:198-203.
56. Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A. Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2003; 73:105-111.
57. Swann AC, Steinberg JL, Lijffijt M. Impulsivity: differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2008; 106:241-248.
58. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*. 2001; 158:1783-1793.
59. First MB. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington D.C: Am Psychiatric Pres; 1997.

60. Özkürkçügil A. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999; 12:233-236.
61. Akiskal HS. The temperamental foundations of affective disorders, interperonal origin and course of affective disorders, Mund C ve ark. (Ed), London, Gaskell, Royal College of Psychiatrists.1996; 3-30.
62. Vahip S, Kesebir S, Alkan M ve ark. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPSA. *J Affect Disord*. 2005; 85:113-125.
63. Aydemir Ö, Eren I, Savaş H ve ark. Development of a questionnaire to assess interepisode functioning in bipolar disorder: Bipolar Disorder Functioning Questionnaire. *Turk Psikiyatri Derg*. 2007; 18:344-352.
64. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995; 51:768-774.
65. Güleç H, Tamam L, Yazıcı Güleç M. Psychometric properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2008; 18:245-252.
66. Gandotra S, Ram D, Kour J ve ark. Association between affective temperaments and bipolar spectrum disorders: preliminary perspectives from a controlled family study. *Psychopathology*. 2011;44:216-224.
67. Giovanni B. The importance of measures of affective temperaments in genetic studies of mood disorders. *J Affect Disord*. 1992; 26:257-268.
68. Evans L, Akiskal HS, Keck J ve ark. Familiality of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. *J Affect Disord*.2005; 85:153-168.
69. Cunningham PD, Connor PD, Manning JS ve ark. Evaluation of mood disorder patients in a primary care practice: measures of affective temperament, mental health risk factors, and functional health in a retrospective, descriptive study of 35 patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2009; 11:68-73.
70. Benazzi F. Does temperamental instability support a continuity between bipolar II disorder and major depressive disorder? *Eur Psychiatry*. 2006; 21:274-279.
71. Chiaroni P, HantoucheE, Gouvernet J. The cyclothymic temperament in healthy controls and familially at risk individuals for mood disorder: endophenotype for genetic studies? *J Affect Disord*. 2005;85:135-145.
72. Vázquez GH, Kahn C, Schiavo CE, Bipolar disorders and affective temperaments: a national family study testing the "endophenotype" and "subaffective" theses using the TEMPS-A Buenos Aires. *J Affect Disord*. 2008; 108:25-32.
73. Sakai Y, Akiyama T, Miyake Y. Temperament and job stress in Japanese company employees. *J Affect Disord*. 2005; 85:101-112.

74. Akiskal HS, Akiskal KK. The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *J Affect Disord.* 2005; 85:231–239.
75. Placidi GF, Signoretta S, Liguori A ve ark. The semi-structured affective temperament interview (TEMPS-I): reliability and psychometric properties in 1010 14-26 year old students. *J Affect Disord.* 1998; 47:1-10.
76. Perugi G, Del Carlo A, Benvenuti M ve ark. Impulsivity in anxiety disorder patients: Is it related to comorbid cyclothymia? *J Affect Disord.* 2011; 133:600–606.
77. Eroglu ZM, Özpoyraz N. Long-term Treatment in Bipolar Disorder. *Current Approaches in Psychiatry.* 2010; 2: 206-236.
78. Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ ve ark. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *J Clin Psychiatry.* 2002; 63:120-125.
79. Chiaroni P, Hantouche EG, Gouvernet J. Hyperthymic and depressive temperaments study in controls, as a function of their familial loading for mood disorders. *Encephale.* 2004; 30:509-514.
80. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F. Bipolar Bozuklukta Mizaç İle Klinik Özelliklerin İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16:164-169.
81. Swann AC, Daniel DG, Kochan LD ve ark. Psychosis in mania: specificity of its role in severity and treatment response. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65:825-829.
82. Cerit C, Filizer A, Tural Ü ve ark. Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Comp. psych.* 2011 (baskıda)
83. Gazalle FK, Hallal PC, Andreazza AC. Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2007; 153:33-38.
84. Lochner C, Mogotsi M, du Toit PL. Quality of life and anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder and panic disorder. *Psychopathology.* 2003; 36: 255-262.
85. Singh J, Mattoo SK, Sharan P. Quality of life and its correlates in patients with dual diagnosis of bipolar affective disorder and substance dependence. *Bipolar Disord.* 2005; 7: 187-191.
86. Albert U, Rosso G, Maina G ve ark. Impact of anxiety disorder comorbidity on quality of life in euthymic bipolar disorder patients: differences between bipolar I and II subtypes. *J Affect Disord.* 2008; 105:297-303.
87. Kauer-Sant'Anna M, Frey BN, Andreazza AC ve ark. Anxiety comorbidity and quality of life in bipolar disorder patients. *Can J Psychiatry.* 2007; 52:175-181.

88. Hayhurst H, Palmer S, Abbott R ve ark. Measuring health-related quality of life in bipolar disorder: relationship of the EuroQol (EQ-5D) to condition-specific measures. *Qual Life Res.* 2006; 15:1271-1280.
89. Vojta C, Kinosian B, Glick H ve ark. Self-reported quality of life across mood states in bipolar disorder. *Compr Psychiatry.* 2001; 42:190-195.
90. Maina G, Albert U, Bellodi L ve ark. Health-related quality of life in euthymic bipolar disorder patients: differences between bipolar I and II subtypes. *J Clin Psychiatry.* 2007; 68: 207-212.
91. Robb JC, Cooke RG, Devins GM ve ark. Quality of life and lifestyle disruption in euthymic bipolar disorder. *Psychiatr Res.* 1997; 31:509-517.
92. Gutiérrez-Rojas L, Jurado D, Gurpegui ML ve ark. Factors associated with work, social life and family life disability in bipolar disorder patients. *Psychiatry Research.* 2011; 186: 254-260.
93. Benazzi F. Impulsivity in bipolar-II disorder: trait, state, or both? *Eur Psychiatry.* 2007; 22:472-478.
94. Ekinçi O, Albayrak Y, Ekinçi AE ve ark. Relationship of trait impulsivity with clinical presentation in euthymic bipolar disorder patients. *Psychiatry Res.* 2011; 190: 259-264.
95. Strakowski SM, Fleck DE, DelBello MP. Impulsivity across the course of bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2010;12:285-297.
96. Peluso MAM, Hatch JP, Glahn DC ve ark. Trait impulsivity in patients with mood disorders. *J Affect Disord.* 2007; 100:227-231.

EK-1

SOSYODEMOGRAFİK VE HASTALIK BİLGİ FORMU

Adı Soyadı:

Tarih:

Cinsiyeti: K E

Yaşı:

Yaşadığı yer: Köy İlçe Kent

Mesleği: Ev hanımı Çalışan Emekli

Öğrenci İşsiz

Eğitim düzeyi: Okur-yazar Okur-yazar değil İlkokul -Ortaokul

Lise Üniversite

Medeni hali: Evli Bekar Boşanmış Dul

Çocuk sayısı:

Aile tipi: Çekirdek Geniş Parçalanmış

HASTALIK BİLGİ FORMU

Eşlik eden DSM-IV tanısı: Var Yok Varsa belirtiniz:

Hastalık süresi (yıl olarak):

Hastalık belirtilerinin başlangıç yaşı:

Hastalık tanısı aldığı yaş:.....

İlk hastalık dönemi manik hipomanik depresif karma

Psikotik bulgu var yok

Hasta geçirilen süre
(son 3 yılda)

Şu anki duygudurum:

Manik Hipomanik Mikst Depresif Ötimik

Şimdiki Epizod şiddeti hafif orta şiddetli

Bipolar tipi 1 2

2 yıldan uzun süren epizod var yok

Ötimik kaldığı süre.....

Tedavisiz geçen süre

Son alevlenmeden sonra geçen süre

Atak sayısı:

Depresif :

Manik :

Hipomanik:

Mikst :

EKT uygulanma öyküsü:

Var Yok

Hızlı döngülülük:

Var Yok

Suisidal davranış:

Var Yok

Antidepresan ya da başka bir ilaçla indüklenme öyküsü

Var Yok

Varsa hangi etken madde belirtiniz:.....

Psikotik özellik:

Var Yok

Mevsimsel gidiş

Var Yok

Hastaneye yatış var yok

Hastanede toplam yatış sayısı

Alkol madde kullanım öyküsü:

Var Yok

Varsa ilk kullanım yaşı, miktar ve sıklığı

Psikiyatrik soygeçmiş:

Var Yok

Varsa, tanısı:

Ailede bipolar bozukluk öyküsü (kimde olduğunu belirtiniz)

Var Yok

Ailede intihar davranışı var yok

Kronik fiziksel hastalık:

Var Yok

Varsa, tanısı:

Varsa, ne zamandır (yıl olarak):

