T.C

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARIN ALKOL-MADDE KULLANIMI, KARAKTER VE MİZAÇ ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Dr. AZER BAĞIROV

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL, 2014

T.C

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARIN ALKOL-MADDE KULLANIMI, KARAKTER VE MİZAÇ ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Dr. AZER BAĞIROV

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. YILDIZ AKVARDAR

İSTANBUL, 2014

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi sürecinde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, gerek bilimsel açıdan, gerekse samimiyeti ile hep yanımızda olan, anabilimdalı başkanımız sayın Prof. Dr.Kemal SAYAR başta olmakla tüm saygıdeğer hocalarıma;

Bu tezin hazırlanmasındaki tüm aşamalarda büyük emeği, bilgisi, tecrübesi ve özverisi ile hep yanımda hissettiğim, hoşgörüsünü, zerafetini ve ufkunun genişliğini hep takdir ettiğim, herşeyin benim gönlümce olması için tüm şartları zorlayan, birlikte çalışmaktan büyük onur duyduğum çok değerli tez danışmanım sayın Prof. Dr. Yıldız AKVARDAR'a;

Samimiyeti ve güleryüzü ile her zaman yanımızda olan, derin bilgi ve deneyiminden eğitim yıllarım boyunca yararlandığım, saygınlığını, çalışkanlığını, ister hastalarına isterse de bizlere karşı sıcak ve samimi tutumunu her zaman örnek aldığım çok değerli hocam sayın Prof. Dr. Kaan KORA'ya;

Asistanlık yıllarım boyunca eğitimime katkıda bulunan, her zaman geniş tecrübesiyle bizlere yön veren, enerjisini ve zamanını hiç esirgemeyen değerli hocalarım sayın Prof. Dr. Volkan TOPÇUOĞLU ve Doç. Dr. Mehmet Kemal KUŞÇU'ya;

Asistanlığa başladığım ilk günden her yönüyle örnek aldığım ve sevdiğim bölümümüzn kurucusu olan merhum hocam Esat GÖKTEPE'ye

Bu tezin hazırlanması sürecinde hep yanımda olan sevgili dostum Dr. Mete ERCİS'e;

Uzmanlık eğitimimin keyifli ve renkli geçmesine katkıda bulunan bölüm arkadaşlarım başta Uzm. Dr. Benna MÜFTÜOĞLU, Uzm. Dr Özlem ÇAKICI, Dr Filiz Şükrü DURUSOY ve Dr Rodi KARDAŞ olmakla tüm hekim arkadaşlarıma;

Bugünlere gelmeme vesile olan, sevgisini, şefkatini, emeğini ve duasını benden hiç esirgemeyen, hayatımın her aşamasında desteğini hissettiğim canım anneme ve babama, ablama;

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMLE....

ÖZET

Bipolar bozukluk ve alkol-madde kullanım bozukluğu sık birliktelik göstermektedir. Ortak yatkınlık yaratan etmenler bu sık birlikteliğin nedenlerinden biri olabilir. Kişilik özelliklerinin bipolar bozukluğun ortaya çıkması, gidişatı ve prognozunda önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Dürtüsellik madde kullanımının en güçlü ve tutarlı belirleyicilerinden biridir. Yüksek yenilik arayışı dürtüsellikle ilişkilidir, özellikle bağımlılık davranışının başlamasında önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmanın ilk amacı ötimik dönemdeki bipolar I ve II tanılı hastaların alkol-madde kullanımı sıklığı ve özelliklerinin araştırılması ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırlmasıdır. Aynı zamanda Cloninger'in Karakter ve Mizaç Envanteri (TCI) kullanılarak bipolar hastalarla sağlıklı kontrollerin ve alkol–madde kullanım bozuklukğu olan ve olmayan bipolar hastaların kişilik özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Veri analizinde ki kare ve T-testi kullanıldı.

Alkol kullanımı, riskli alkol kullanımı ve alkol kullanım bozukluğu bipolar grupta kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Yasal olmayan madde kullanımı olan ve kullanım bozukluğu tanısı alan kişi sayısı da bipolar grupta kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksekti. Bipolar hastalar yenilik arayışı ve zarardan kaçınma boyutunda kontrollere göre daha yüksek, sebat etme, kendini yönetme ve iş birliği yapma boyutundaysa daha düşük puan almıştır. Alkol-madde kullanım bozukluğu komorbiditesi olan bipolar hastalar olmayanlara göre daha yüksek yenilik arayışı ve daha düşük kendini yönetme ve işbirliği yapma özelliği gösterdiği bulundu.

Yenilik arayışı ve kendini yönetme boyutlarında alkol-madde kullanım bozukluğu olan bipolar hastalar olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ayrışmaktadır

Yüksek dürtüsellik ve yenilik arayışı özellikleri gösteren bipolar hastaların alkol-madde kullanım bozukluğu geliştirmeğe daha yatkın oldukları düşünülmektedir. TCI bipolar hastalarda alkol-madde kullanım riskini belirlemek için kullanılabilir. Erken tanı hastalağın prognozunu iyileştirebilir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Bipolar bozukluk, alkol-madde kullanım bozukluğu, karakter ve mizaç ölçeği (Cloninger's TCI), yenilik arayışı, dürtüsellik

SUMMARY

Bipolar disrder and substance use disorders show high co-occurence. One explanation for this co-occurence may be common vulnerabilities in both. Personality traits are considered to play important role in the emergence, course and prognosis of bipolar disorder. One of the strongest and most consistent personality predictors of substance use is impulsiveness. Higher novelty seeking is related to impulsivenes and is considered to be important at the onset of drug taking behavior

In this study firstly we evaluated substance use features of bipolar disorder I and II patients in euthymic period and compared them with healthy controls. The second aim of the study was to campare personality traits of bipolar disorder-healthy control groups using Cloninger's Temperament and Character Inventory (TCI). We also compared personality traits of bipolar disorder patients with and without substance use disorders comorbidity. The differences were analyzed by independent samples T-test and Chi square test.

Alcohol use, high risk alcohol use and alcohol use disorder were statistically higher in bipolar group. In bipolar group illegal substance use and the use disorder were also statistically higher than healthy control group. We found higher Novelty seeking and Harm Avoidance scores, and lower Persistence, Self-directedness and Co-opperativeness in bipolar patients. Bipolar patients with substance use disorders comorbidity were higher in Novelty Seeking and lower in Self-directedness and Co-operativeness than patients without comorbidity.

Patients with comorbid substance use disorders are statistically different from those without comorbidity in Novelty seeking and Self-directedness scales.

There appears a greater predisposition to develop substance use disorders in those patients with a higher degree of Novelty Seeking and Impulsiveness. Cloninger's TCI could be used in bipolar disorder to determine the risk of developing substance use disorders in bipolar disorder. Early detection might help improve prognosis.

KEYWORDS: Bipolar disorder and substance use disorders, Cloninger's TCI, novelty seeking, impulsiveness

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR..... i

ÖZET ii

SUMMARY iii

İÇİNDEKİLER iv

SEMBOLLER/KISALTMALAR..... vii

1.GİRİŞ VE AMAÇLAR: 1

2.GENEL BİLGİLER 4

2.1.Bipolar Bozukluk 4

2.1.1.Bipolar bozukluğun tanımı 4

2.1.2.Bipolar bozukluğun tarihsel gelişimi 4

2.1.3.Bipolar bozukluğun yaygınlığı..... 5

2.1.4.Bipolar bozukluğun etyolojisi 5

2.1.5.Bipolar bozukluğun sınıflandırılması 6

2.1.6. Bipolar bozuklukta klinik özellikler, gidiş ve sonlanım 9

2.1.7.Bipolar bozuklukta kliniğe etki eden faktörler 10

2.2.Alkol ve Madde Bağımlılığı 14

2.2.1.Alkol ve madde kullanım bozukluğu epidemiyolojisi 14

2.2.2.Demografik özellikler 15

2.2.3. Madde kötüye kullanım/bağımlılık tanısal ve klinik özellikleri..... 15

2.2.4 DSM-5'te madde kullanımıyla ilgili bozukların sınflandırılmasında yapılan değişiklikler..... 16

2.3.Bipolar Bozukluk ve Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Komorbiditesi.....17

2.4. Kişilik 21

2.4.1.Kişiliğin tanımı 21

2.4.2 Kişiliğe boyutsal yaklaşım 21

2.4.5 Cloninger'in genel psikobiyolojik kişilik modeli ve TCI 23

2.5. Bipolar Bozukluk ve Kişilik 25

2.5.2.Bipolar bozukluk, alkol-madde kullanım bozukluğu ve Cloninger'in kişilik kuramı 28

3.GEREÇ VE YÖNTEM 34
3.1.Örneklem Seçimi: 34
3.1.1Bipolar bozukluk grubu: 34
3.1.2.Kontrol grubu: 35
3.2 Değerlendirme: 36
3.2.1.Klinisyen tarafından yapılan değerlendirme: 36
3.2.2.Değerlendirme Araçları 36
3.3 Araştırma değişkenleri ve istatiksel yöntem 39
4.BULGULAR 40
4.1.Sosyo demografik özellikler 40
Tablo 1. Örneklem Grubunun Sosyodemografik Özellikleri 41
4.2.Klinik özellikler 42
Tablo 2a. Bipolar hastaların Klinik Özellikleri 42
Tablo 2b. Bipolar Grubun Klinik Özellikleri 43
Tablo 3. Hasta ve Kontrol Grubu Ailelerinde Psikiyatrik Hastalık Öyküsü 44
4.3.Sigara, alkol ve madde kullanım özellikleri 45
Tablo 4. Bipolar ve Kontrol grubunda sigara kullanma özellikleri 45
Tablo 5a. Bipolar ve Kontrol grubunda alkol kullanımı özellikleri 46
Tablo 5b. Bipolar ve kontrol grubunda alkol kullanımı özellikleri 48
Tablo 5c. Bipolar ve Kontrol grubunda madde kullanımı özellikleri 49
Tablo 6. Hasta ve Kontrol Grubunda Yaşamboyu Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu 50
4.4.Karakter ve mizaç özellikleri 50
Tablo 7. Bipolar ve kontrol gruplarında TCI puanları karşılaştırılması 51
Tablo 8a. Bipolar hastalarda alkol madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan grubun sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması 53
Tablo 8b. Bipolar hastalarda alkol-madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan grubun Ailelerinde Psikiyatrik Hastalık Öyküsü 54
Tablo 8c. Bipolar Grubunda Alkol-Madde Kullanım bozukluğu olan ve olmayan hastaların TCI ortalama puanları 55
5.TARTIŞMA 56
7.KAYNAKLAR: 65

8.EKLER 76
8.1.Etik Kurul Kararı 76
8.2.Yazım Kuralları 76
8.3.Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu 77
8.4.MÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Çalışma Görüşme Formu 80
8.5. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme 86
8.6.Young Mani Derecelendirme Ölçeği 89
8.7.Montgomery ve Åsberg Depresyon Ölçeği (M.Å.D.R.S.) 92
8.8.Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT) 97
8.9.Mizaç ve Karakter Envarteri (Türkçe-TCI) 98

SEMBOLLER/KISALTMALAR

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
SCID-I : Structured Clinical for Interview for DSM-IV; DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

TCI: Temperament and Character Inventory

YMÖ: Young Mani Ölçeği

1.GİRİŞ VE AMAÇLAR:

Bipolar bozukluk sık rastlanan, ağır, kronik tekrarlayan bir hastalıktır. Toplumda bu hastalıktan etkilenme %1.3-1.7 kadardır (Reiger ve ark., 1990). Madde kullanım bozukluğu da sık görülür. Toplum tabanlı çalışmalarda alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı için hayat boyu prevalans %17, diğer maddeler için %6 bulunmuştur (Brown ve ark., 1998). Bipolar bozukluk ve madde kullanım bozukluğu birlikteliğinin görülme sıklığı bu hastalıkların tek başına görülme sıklığından daha yüksektir. Yine toplum tabanlı çalışmalar alkol ve madde kötüye kullanımı ve bağımlılığının bipolar bozukluğu olan hastalarda genel topluma göre, hatta depresif bozukluk ve şizofreni hastalarından daha sık görülebileceğini göstermektedir (Reiger ve ark., 1990, Kessler ve ark., 1994, Grant ve ark., 2004). Regier ve arkadaşları 1990 yılında 20291 kişi üzerinde yapılan epidemiyolojik alan çalışmasında bipolar bozukluk I tanısı almış hastalarda hayat boyu alkol ve madde kullanım bozukluğunun %61 olduğunu, bipolar bozukluk II tanısı almış hastalarda %48, major depresyonda %27, şizofrenide %47 ve genel populasyonda %17 olduğunu bulmuşlardır. Bu sık birlikteliği açıklamak için çeşitli hipotezler ileri sürülmüştür (Alloy ve ark., 2009).:

1) Self medikasyon (kendi kendini tedavi)
2) Tekrarlanan madde maruziyeti sonrasında beyin işleyişinde oluşan değişikliklerin duygudurum bozukluklarına yol açması,
3) Her iki hastalıkta ortak yatkınlık oluşturan ya da ortak risk faktörlerinin olması

Bireylerin karakter özellikleri tarihsel olarak bipolar bozukluk için yatkınlık faktörü olarak kabul edilirdi (Kreapelin 1921, Kessler et al 2006). Karakter özelliklerinin affektif bozuklukların gidiş ve sonlanışını şekillendirebileceği ya da karakter özelliklerinin tekrarlayan duygudurum epizotlarının etkisi ile değişebileceği ileri sürülmüştür (Akiskal ve Hirschfeld 1983). Bipolar bozukluk ve spesifik kişilik özellikleri ortak ailesel veya genetik yatkınlık özellikleri gösterebilir (Nery ve ark., 2008). Bipolar bozukluklu hastalarda Karakter ve Mizaç Envanteri (TCI; Temperament and Character Inventory) kullanarak kişilik özelliklerini araştıran çalışmalar da bu görüşü pekiştirmiştir. TCI kişiliğin psikobiyolojik modeline dayanır. Bu modele göre kişilik özelliklerinin dört mizaç ve üç karakter özellikleri arasındakı dinamik etkileşimden türediği

varsayılmaktadır (Dragon ve ark., 1993). Mizaç özellikleri (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme) temel duygusal yanıtları simgelemektedir. Bu özellikler yaşamın erken yıllarında oluşur, yaşam boyunca kararlıdır ve orta düzeyde kalıtsaldır. Karakter özellikleri (kendini yönetme, iş birliği yapma, kendini aşma) kendilik ve kişilerarası ilişkiler gibi kavramları simgeler. Bu özellikler yaşam boyunca gelişen, denetleyici bilişsel süreçler tarafından düzenlenir (Dragon ve ark., 1993). Sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında bipolar hastaların yenilik arayışı (Osher, Cloninger ve Belmaker 1996, Evans ve ark., 2005), zarardan kaçınma (Osher ve ark., 1996, Engstrom ve ark., 2004, Evans ve ark., 2005) ve ödül bağımlılığı puanları daha yüksek (Osher ve ark., 1996), sebat etme (Osher ve ark., 1996) ve kendini yönetme (Engstrom ve ark., 2004, Evans ve ark., 2005) puanları daha düşüktür. Alkol bağımlılığı olan hastalar sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında yüksek yenilik arayışı ve düşük kendini yönetme puanları görülmektedir (Basiaux, Le Bon ve Dramaix 2001, Le Bon, Basiaux ve Streel 2004, Akvardar ve ark., 2005). Yüksek yenilik arayışı puanları çoğul madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı ile ilişkili bulunmuştur (Kevin ve ark., 2003).

Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozukluklarının birlikte görülmelerinin nedenleri arasında bir çok varsayım vardır. Ancak aradaki nedensel ilişki henüz net olarak anlaşılmış değildir. Bunlar arasında, dürtüsellik ve zayıf yargılama sonucu alkol kullanımı ya da kullanımda artış; eşlik eden bozukluk şeklinde bulunma; çok faktörlü nedenselliğin bir parçası olarak bir arada bulunma; kalıtımsal bir yatkınlık olması; özgül sıkıntılar için kendini tedavi yöntemi olarak alkole sığınma gibi nedenler olduğu düşünülmüştür (Goodwin ve ark., 2002; Salloum ve Thase 2000; Sonne ve Brady, 2002).

Sık birlikteliğin ortak yatkınlık oluşturan risk etmenlerinin etkisiyle oluştuğunu savunan kuramcılar Davranışsal Yönelme Sistemi (Behavioral Approach System) kuramına vurgu yapmışlar. Ödül Sistemi Kuramından alınarak bipolar bozukluğa uyarlanan bu kurama göre Davranışsal Yönelme Sisteminin aşırı hassaslığına bağlı işlev bozukluğu hem öfori, aşırı amaca yönelme, azalmış uyku ihtiyacı, dikkat dağınıklığı, irritabilite, aşırı özgüven ve optimizm gibi hipo(mani) semptomlarını hem de çökkünlük, enerji azlığı, anhedoni, psikomotor yavaşlık, umutsuzluk, azalmış özgüven gibi depresif semptomları açıklamaktadır (Alloy ve ark., 2009).

Benzer şekilde farklı kuramcılar (Dawe ve Loxton, 2004; Dawe, Gullo ve Loxton, 2004; Franken ve Muris, 2006; Franken Muris ve Georgieva, 2006) yükselmiş ödül duyarlılığının

madde kullanımı bozukluklarının oluşumuna katkıda bulunduğunu varsaymaktadır. Nöral yolaklarda dopamin düzeyi düşük olan bireylerin uyuşturucu maddelerin ödüllendirici etkilerine karşı daha hassas olabilecekleri ve madde kullanım bozukluğu geliştirme risklerinin daha yüksek olabileceği düşünülüyor. Davranışsal Yönelme Sisteminin aşırı duyarlılığının hem bipolar bozukluğa hem de madde kullanım bozukluğuna katkıda bulunduğu ve sık birlikteliği açıklayabileceği düşünülmektedir (Alloy ve ark., 2009).

Madde kullanım bozukluğunu belirleyici kişilik özelliklerinden en güçlü ve tutarlı olanı dürtüselliktir. Dürtüsellikteki bireysel farklılıkların ve buna bağlı olan davranışsal eğilimlerin (örn. heyecan arayışı) madde kullanım bozukluğuyla ilişkili olduğu ve ortaya çıkışını belirleyici olduğu bildirilmektedir (Acton, 2003; Dawe ve ark., 2004).

Bu araştırmada:

1) Marmara Üniversitesi Hastanesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı özelleşmiş Duygudurum Polikliniği'nde ayaktan tedavi gören, bipolar bozukluğu olan hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu sıklığını araştırmak

2) Karakter ve Mizaç Envanteri kullanarak bipolar bozukluğu olan hasta grubunun kişilik özelliklerini sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırmak

3) Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bipolar hastaların kişilik özelliklerini alkol ve madde kullanım bozukluğu olmayan bipolar hastaların kişilik özellikleriyle karşılaştırmak amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Bipolar Bozukluk

2.1.1.Bipolar bozukluğun tanımı

Bipolar bozukluk (iki uçlu bozukluk), düzenli veya düzensiz olarak tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma (mikst) dönemlerle ve dönem aralarında kişinin bazen eşik altı belirtiler sergilediği bazen de hiçbir belirtinin bulunmadığı "sağlıklı" dönemlerle giden kronik seyirli bir hastalıktır.

Bipolar bozukluk, yineleyici özellikte, işlev kaybına yol açan, Dünya Sağlık Örgütü tarafından toplumda yeti yitimi oluşturan hastalıklar arasında sekizinci sırada yer aldığı bildirilen önemli bir psikiyatrik hastalıktır (Mueser, Drake ve Wallach 1998).

2.1.2.Bipolar bozukluğun tarihsel gelişimi

Duygudurum bozuklukları yaklaşık olarak 2500 yıldan beri en sık görülen hastalıklar arasında tanımlanmıştır. Günümüzde duygudurum bozuklukları hakkında bilinenlerin çoğu ve mani ile melankoli tanımlarının ilk kez kullanımı eski Yunan ve Roma dönemine aittir. Mani ve melankoli kavramlarını ilk kez sistematik olarak tanımlayan Hipokrat (M.Ö. 460- 357) ''kara safrayla'' ilişkilendirdiği melankoliyi ''iştahsızlık, ümitsizlik, uykusuzluk, çabuk sinirlenme ve huzursuzluk'' hali olarak tanımlamıştır (Ceylan ve Oral 2001).

Mani ve melankoli arasındaki bağlantıyı ise ilk olarak Aretaeus (M.S. 150'lerde) dile getirmiş ve melankolinin maninin başlangıcı ve bir parçası olduğunu belirtmiştir. 19. yüzyılda Fransız ve Alman ruh hekimleri mani ve melankolinin degişik türlerini ve klinik belirtilerini tarif etmiş ve hepsini "psikoz manyak depresif" adı altında toparlamışlardır. Hastalığın belirtilerini, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını ise Kraepelin (1896) yapmıştır (Işık, Taner ve Umut 2004).

Kraepelin 1913'te tüm melankoliklerin aynı hastalık olduğunu, hastalığın periyodik ve epizodik bir gidiş gösterdiğini ve gidişin yıkımla giden "dementia precox" dan (simdiki

şizofrenik bozukluk) farklı oldugunu bildirmiştir (Öztürk 2004). Kraepelin major affektif bozuklukların hemen hepsini, çekirdek semptomlarındaki benzerlikler, hastalığa dair aile öyküsünün bulunması ve özelikle de hayat boyunca tekrarlayan alevlenme ve remisyon dönemleriyle seyretmelerine rağmen belirgin yıkıma sebep olmayan prognostik özellikleri nedeniyle, diğer psikiyatrik hastalıklardan ayrı bir kategori altında değerlendirmiştir. Böylece manik depresif hastalık kavramıyla hastalığa bütünleyici bir yaklaşım getirmiş ve hastalığın görünümlerinin mizaç özelliklerinden başlayarak depresif, karma, manik ve psikotik durumlara varan bir yelpazede yer aldığı fikri ile bugünkü bipolar bozukluk spektrumu kavramının temelleri atılmıştır. 1930'larda Bleuler, depresif ve manik sendromları "afektif bozukluklar" başlığı altında bir araya toplamıştır (Işık 2003).

1970'lerde psikopatolojilerin sınıflandırılması ile ilgili önemli çalışmalar yapılmış ve bu hastaların tümü için "duygulanım bozukluğu" tanımı kabul görmüştür (Ciğerli 2007).

2.1.3.Bipolar bozukluğun yaygınlığı

Bipolar bozukluk için yaşam boyu prevalans % 0.7-1.6 (ortalama % 1.2) olarak saptanmıstır. Bipolar bozukluk tip I için bu oran % 0.4-1.6, bipolar bozukluk tip II için % 0.5 ve siklotimi için % 0.4-1 olarak bildirilmektedir (Kaplan ve Sadock 1995, Kruger ve ark., 1997). Kültürel ve etnik grup arasında fark yoktur. Bipolar I bozukluk her iki cinste de eşittir. Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda sıktır (Sadock ve Sadock, 2005). Bununla birlikte, erkeklerde ilk başlangıç sıklıkla mani, kadınlarda ise depresyondur (Işık 2003).

2.1.4.Bipolar bozukluğun etyolojisi

Bipolar bozukluğun etiolojisi kesin olarak gösterilmemiştir. Bipolar hastalarla yapılan aile çalışmaları hastalığın genetik temelleri olduğunu göstermektedir. Bipolar-I bozukluğu olan kişilerin birinci derecede akrabalarında bipolar bozukluk oranı % 4.5, unipolar bozukluk oranı ise daha yüksek olarak %14.8 dir (McInnis 1997). Bipolar-I bozukluğu olanların birinci derecede akrabalarında bipolar-I bozukluğu gelişme olasılığı kontrol grubunu oluşturan kişilere göre 8-18 kat daha fazladır, major depresif bozukluk gelişme olasılığı ise 2-10 kat daha fazladır (Köroğlu 2004) .

Aile çalışmaları, bağlantı (kromozm 4p üzerinde dopamin reseptörü D5 geni ile alfa 2 reseptör geni arasında bağlantı olduğu) çalışmaları, kromozom çalışmaları (Mendlewicz 1987), serotonin taşıyıcısı ile ilgili çalışmalar, triptofan hidroksilaz gen çalışmaları ve antisipasyon fenomeni ile genetik etkenler ortaya konulmaya çalışılmaktadır. Bütün bu araştırmalar, bipolar bozukluğun klasik Mendel genetik yasalarıyla kalıtımsal geçiş göstermediğini ve tek bir genetik alanla belirlenen dominant geçişe de uymadığını göstermektedir. Bipolar bozukluk, birden fazla geni ilgilendiren (polimorfik-poligenik) ve bir çok işlevsel etkenin rol oynadığı (multifaktöryel) bir kalıtım ile genetik geçiş göstermektedir (Işık 2003). Ayrıca nörotrasmiter çalışmaları (noradrenerjik, serotinerjik, dopaminerjik, GABA sistemleri ile); iyon sistemleri (sodyum, kalsiyum) ile ilgili çalışmalarda bipolar bozuklukla ilgili etyolojik çalışmalar arasında yer almaktadır.

2.1.5.Bipolar bozukluğun sınıflandırılması

1980'de DSM-III sınıflandırmasının kullanıma girmesiyle birlikte, o zamanlarda üzerinde fikir birliği olan "afektif bozukluklar" tanımı kabul edilmiş ve afektif bozukluklar içinde temel ayırım, bipolar bozukluk ile major depresyon arasında yapılmıştır. 1987 yılında DSM-III-R sınıflandırmasında "duygudurum bozuklukları" tanımı tercih edilmiştir. Buradaki tercih sebebi ise, bu kavramın sadece şimdiki durum ile sınırlı kalmaması, sürekli bir emosyonel durumu tanımlamasıdır.

1994 yılında DSM-IV sınıflandırmasında bipolar bozukluk; bipolar-I, bipolar-II, siklotimi ve başka türlü adlandırılamayan bipolar bozukluk şeklinde dörde ayrılmıştır. DSM-IV antidepresan tedavinin yol açtığı manik nöbetleri "maddenin neden olduğu manik epizod" tanımı altında ayrıca ele alarak, bunları bipolar-I bozukluğunun içine dahil etmemiştir. Öte yandan mikst ve hipomanik epizodlar için de ayrı ölçütler getirilmiştir. Son olarak 2000 yılında yapılan DSM-IV-TR sınıflandırmasında da DSM-IV'teki sınıflandırma esas alınmıştır (Işık 2003).

Bipolar bozukluğun DSM IV TR'ye göre sınıflandırması (2000):

1. Bipolar I ve bipolar II bozukluk
2. Siklotimik bozukluk

3. Başka türlü adlandırılamayan bipolar bozukluk
4. Genel tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu
5. Başka türlü adlandırılamayan duygudurum bozukluğu

Bipolar-I bozukluğunun başlıca özelliği, bir ya da birden çok manik epizodun ya da mikst epizodun ortaya çıkması ile belirli bir klinik gidişin olmasıdır. Tanı için manik epizodun görülmesi gereklidir. Çoğu zaman daha önce bir ya da birden çok depresif epizod olmuştur. Tanı için depresif epizodun görülmesi gerekli değildir. Manik ya da depresif epizodlar, genel tıbbi durum, ilaç tedavisi, ilaç kötüye kullanımı, ya da depresyon tedavisi için kullanılan ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkmamıştır ve belirtiler şizofreni ya da sanrısal bozukluk gibi bir psikotik bozuklukla bağlantılı değildir (Işık 2003).

Bipolar-II bozukluğunun başlıca özelliği ise, en az bir hipomanik epizod ve bir yada birden çok major depresif epizodun ortaya çıkması ile belirli klinik gidişin olmasıdır (DSM-IV-TR 2000). Bu bozukluk, bazen "hipomanik epizodlarla giden tekrarlayıcı (rekürren) major depresif epizod" olarak da isimlendirilir. Manik ya da depresif epizodlar bir yıl içinde dörtten fazla izleniyorsa, bu duruma "hızlı döngülü bipolar bozukluk " adı verilmektedir (Işık 2003).

2.1.5.1 Major Depresif Epizod

Depresif duygudurum ve ilgi kaybı ya da zevk alınan etkinliklerden artık zevk alınmıyor olması, depresyonun ana semptomlarıdır. Hastalar kendilerini hüzünlü, kederli, umutsuz ya da değersiz hissedebilirler (Yazıcı 1997). Hastaların yaklaşık % 80'i uyku sorunları olduğundan yakınırlar. Hastaların birçoğunda iştah azalması ve kilo kaybı vardır. Ancak bazı hastalarda iştah artması ve aşırı uyuma görülebilir. Bu hastaların, özellikle bu semptomlarına yoğun bir anksiyete eşlik ettiği zaman, atipik depresyonlarının olduğundan söz edilir. Anksiyete, depresyonun sık görülen bir semptomudur ve depresyondaki hastaların % 90 kadarını etkiler. Diğer vejetatif semptomlar arasında menstruasyon bozuklukları ve cinsel ilgide azalma gibi semptomlar vardır (Yazıcı 1997).

Düşünce içerikleri genellikle, hezeyan düzeyinde olmayan, kayıp, pişmanlık, suçluluk, ölüm düşünceleri ile yüklüdür. Benlik saygıları azalmıştır. Psikotik depresyonda duygudurumla

uyumlu hezeyanlar olarak, suçluluk, günahkarlık, değersizlik, yoksulluk, perseküsyon, somatik ve nihilistik hezeyanlar görülebilir Depresyondaki hastaların yaklaşık üçte ikisi intihar etmeyi düşünür ve %10-15'i intihar girişiminde bulunur. (Yazıcı 1997).

Kesitsel olarak bakıldığında bipolar depresyon, bipolar olmayan depresyona göre pek çok yönden farklılık gösterir. Bipolar depresyonu olan hastalar, bipolar bozukluğu olmayan depresyonlu hastalarla karşılaştırıldığında daha fazla psikomotor retardasyon ve toplam uyku süresi, intihar girişimleri, sanrı ve varsanılar, birden kapanma türü depresyonlar, postpartum başlangıç, bölünmüş REM uykusu, hastalık dönemleri arası değişkenlik ve dönem içi duygudurum oynaklığı gösterirler. Öte yandan anksiyete, aşırı öfke dışavurumları, bedensel yakınmalar, psikomotor ajitasyon, ağrıya duyarlılık artışı ve kilo kaybının da bipolar olmayan depresyonlarda daha sık görüldüğü çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (Öztürk 2004).

2.1.5.2 Manik epizod

Hastada patolojik bir şekilde (gerçek durumla ve premorbid çizgisiyle uygunsuz) kendini çok iyi hissetme, mutluluk, coşku (öfori) yaşantılanmaktadır. Ya da bir taşkınlık, hırçınlık, öfke ve saldırganlık (irritabilite) sergilenmektedir. Duygudurum genellikle öfori ve irritabilite arasında dalgalanır, bunlara çok kısa süreli hüzün ve ağlamaların eklenmesi ters bir bulgu değildir. Benlik değer duygusu ve kendine güven abartılı bir şekilde yükselmiştir (grandiyözite). Bu yükseliş bazen psikotik düzeydedir (megalomani). Sosyal aralıkları çiğneyen bir rahatlık ve girişkenlik ortaya çıkar. Tüm psişik aktiviteler artmıştır. Yeni ilgi ve istekler ortaya çıkabilir. Kendine güvenin aşırı artışı ile riskli davranışlar ortaya çıkar. Spontan dikkat ve bellek artmış ve güçlenmiştir. Dikkatin her şeye yönelmesi nedeniyle bir konuya yoğunlaşamama ve konsantre olamama (distraktibilite) ortaya çıkar. Düşünce çağrışımı çok hızlanmıştır. Manik epizod psikotik boyutta ise, tabloya sanrı ve varsanılar eklenir. Bunların teması tipik olarak megalomanik niteliktedir. Atipik olarak ise belirtiler, megalomanik temayla ilişkili görünmeyen paranoid ve/veya Schneideryen nitelikte olabilir. Konuşma artmış (lögore), hızlanmış, sözü kesilemez şekildedir (basınçlı konuşma). Çağrışımların çok hızlanması nedeniyle konudan konuya atlayan bir konuşma (düşünce uçuşması) sergilenmektedir. (Yazıcı 1997).

2.1.5.3 Mikst (karma) epizod

Manik ve major depresif epizod belirtilerinin birlikte bulunduğu epizodlar, mikst epizod adını alır. Hasta her iki epizod ölçütlerini dolduracak derecede ciddi dalgalanmaları, aynı epizod içinde ard arda yaşantılamakta ve sergilemektedir.

2.1.6. Bipolar bozuklukta klinik özellikler, gidiş ve sonlanım

Tüm duygu durum bozukluklarının %10-20'sini bipolar bozukluklar oluşturmaktadır. Bipolar-I bozukluğun başlangıç yaşı major depresif bozukluktan daha erkendir. (ortalama 5-6 yıl daha erken). En sık başlama yaşı 20'lerin ortaları gibi gözükse de, ilk belirtinin ortaya çıkması en sık 15-19 yaşlarında olmakta, bunu 20-24 yaşların arasında ikinci bir çıkış izlemektedir. Ancak başlangıç yaşı çocukluktan (5 ya da 6 yaş kadar erken) 50 yaşına ya da daha ender olgularda daha ileri yaşlara kadar değişmektedir (Sadock ve Sadock 2005).

Bipolar bozukluk büyük oranda depresyonla başlar (kadınların %75'i, erkeklerin %67'si). Birçok hasta hem manik hem depresif dönem yaşar, hastaların %10-20'si sadece manik dönem yaşar. Manik dönemler tipik olarak hızlı başlar (saatlerden günlere) fakat bazen 1-2 hafta içinde yavaş yavaş da gelişebilir. Tedavi edilmemiş manik dönem yaklaşık 3 ay sürer. Tedavi edilmemiş bir depresif dönem 6-13 ay sürer. Tedavi edilmiş olanlar aşağı yukarı 3 ay sürer. Üç aydan önce antidepresan tedavinin kesilmesi sıklıkla belirtilerin geri dönmesiyle sonuçlanır (Işık 2003).

Bipolar hastaların %15-25'i intihar girişiminde bulunmakta, bunların %15'i hayatlarını kaybetmektedirler. (Işık 2003, Dilsaver ve ark., 1997).

Bipolar-I bozukluk boşanmış ve yalnız yaşayan insanlarda evli insanlara kıyasla daha sık görülmektedir, ancak bu fark erken başlangıcı ve hastalığın evlilikte uyumsuzluk özellikleriyle sonuçlanmasını yansıtıyor olabilir (Sadock and Sadock 2005).

Hastalar yaşam boyu ortalama 8-10 epizod geçirirler. Ancak hızlı döngülü bipolar hastalarda olduğu gibi, bazı hastalar çok fazla sayıda atak geçirmektedirler.(Coryell ve ark., 1993) Hastaların % 28' inde epizodlar mevsimsel özellik göstermektedir (Işık 2003).

2.1.7.Bipolar bozuklukta kliniğe etki eden faktörler

2.1.7.1 Başlangıç yaşı:

Bipolar bozukluğu olan hastalarda bozukluğun başlama yaşı tek uçlu bozukluk hastalarına oranla daha erkendir. Literatürde bipolar bozukluğun 20'li yaşlarda tek uçlu bozukluğun ise 30'lu yaşlarda tepe noktasına ulaştığı konusunda fikir birliği vardır (Kaplan ve Sadock 1995, Angst ve Marneros 2000). Erken başlangıçlı bipolar bozukluklu hastaların genellikle ilk mani epizodundan önce birkaç depresyon epizodu geçirdiği (Akiskal 1996) ve bu grupta karma epizodların daha sık olduğu bildirilmistir (Patel ve ark., 2006).

2.1.7.2 Cinsiyet:

Bipolar bozukluk tip I'in prevalansı erkekler ve kadınlarda eşittir. Erkeklerde mani ve depresif epizodların yıllar içerisinde asağı yukarı eşit kalmasına karşılık, kadınlarda yıllar geçtikçe depresif epizod sayısının artma egilimi bildirilmistir (Akiskal ve ark., 2002). Bazı çalışmalarda kadınların yaşam boyu daha çok psikotik epizod yaşadıkları bulunmuş (Sachs 1996) ancak bazı farklı çalışmalar bunu desteklememiştir (Frye ve ark., 2003).

Bipolar bozukluk tip-II'nin kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir. Bipolar kadınlarda hızlı döngülü durumların görülmesi erkeklere göre daha sıktır. Bipolar bozuklukta görülen temel fenomenolojik cinsiyet farklılıklarından biri, kadınlarda öforikten çok disforik mani ve karma atakların görülmesidir. Yine kadınlarda erkeklere göre bipolar bozukluğun 45-49 yaşları arasında (geç başlangıç) başlaması da daha sık görülmektedir (Leibenluft 1996).

2.17.3 Diğer sosyodemografik özellikler:

Bekar, dul veya boşanmıs kişilerde bipolar bozukluk yaygınlığının evlilere göre hafifçe yüksek olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. Bunun nedenleri arasında yalnız yaşama ya da eşinden ayrılmanın yarattığı stresin hastalığı tetiklemesi ya da hastalığın kendisinin yarattığı

huzursuzluğun ayrılmaya sebep olduğu varsayılabilir. Şehirlerde hastalığın köylere oranla daha fazla görüldüğü ileri sürülmüştür (Weissman, Merikangas ve Body 1989).

2.1.7.4 Yaşam olayları ve stres faktörleri:

Duygudurum bozukluklarının patogenezi üzerine yapılan bazı çalışmalar, bozukluğun ortaya çıkmasına sebep olarak psikososyal çevresel olayları göstermektedir (Patel ve ark. 2006, Akiskal 2002). Ancak son zamanda yapılan bazı çalışmalarla psikososyal ya da fiziksel olayların sebebiyet verici olmaktan çok dönemlerin zamanlaması üzerinde etkili oldukları genel olarak kabul edilmektedir. Nedenselliğin büyük ölçüde biyolojik, özellikle de genetik olabilme ihtimali vardır. Presipite eden olayların ilk hastalık döneminin yaşanmasında açıkça etkisi oldukları görülmekle birlikte, daha sonraki hastalık dönemleri için aynı şeyi söylemek mümkün değildir. Uzun vadeli seyirlerde yaşanan tüm dönemlerin analizinde (25 yıldan daha uzun bir süre) sadece dönemlerin yaklasık % 13'ünün başlangıcından önceki altı aylık sürede stresli bir yaşam olayı bulunmuştur. Yaşam olayının türü de (yas, iş değiştirme, taşınma) gibi istatistiksel olarak anlamlı değildir (Angst 1986).

2.1.7.5 Mevsimsel değişimlerin rolü:

Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğu olan hastaların % 28'inde epizodların mevsimsel özellikler gösterdiği bildirilmektedir. Bipolar bozukluk tip-I, bipolar bozukluk tip-II ve Major depresif bozuklugu olan hastalarda mevsimsel döngüselliğin etkileri birçok çalışmalarda incelenmiştir. Mevsimler ve hastalığın depreşmesi arasındaki ilişkinin tek uçlu mevsimsel affektif bozukluklarda tartışmasız olduğuna inanılırken, bipolar bozukluklarda kış ve depresyon, yaz ve mani döngüsü ile ilgili kanıtlar henüz yetersizdir.

2.1.7.6 Premorbid öykü:

Yapılan çalışmalar sonucunda "sintonik" kişilik kavramı ile bir arada bulunan yüksek derecede premorbid işlevselliğin daha iyi sonlanımla ilişkili olduğu gösterilmistir. Aynı zamanda hastanın iyi bir mesleğe sahip olması, sosyal desteğin olması, eğitim düzeyinin yüksekliği olumlu

faktörlerken, düşük sosyoekonomik düzeyin yanı sıra, hastanın mesleki statüsünün düşük olması, ilk atak öncesi işlevselliğin düşük olması, sosyal desteğin yeterli olmaması kötü sonlanımla ilişkilendirilmiştir (Kaplan ve Sadock 2004).

2.1.7.7 Genetik faktörler:

Ailesinde bipolar bozukluk öyküsü olanlarda hastalığın ortaya çıkma riski arttığı gibi başlama yaşı daha erken, prognozuda daha kötü seyretmektedir. Kalıtsal yüklülük sonucunda bir sonraki nesilde daha ağır biçimde ortaya çıkma genetikte "antisipasyon fenomeni'' olarak bilinmektedir (Coryell ve ark., 2000). Klinik gidişe genetiğin bir etkisinin olup olmadığı hala tartışma konusudur. Ancak 1970'lerden bu yana yapılan bir dizi çalışmada bipolar bozuklukların lityuma iyi yanıt veren bir alt tipinin olabileceği öne sürülmüştür (Coryell ve ark., 2000). Lityuma iyi yanıt veren hastaların bipolar bozukluktan etkilenen çok sayıda akrabalarının olması bu alt türün kalıtımsal yönünün güçlü oldugunu düşündürmektedir. Lityuma iyi yanıt veren ailelerin segregasyon analizleri, belirgin olmayan otozomal karakter özelliği gösteren temel bir gen etkisine işaret etmektedir (Alda ve ark., 1997). Bu durum henüz tanımlanmamış bazı genetik faktörlerin de bipolar bozukluğun prognozunda etkili olabileceğini göstermektedir.

2.1.7.8 Madde bağımlılığı komorbiditesi:

Bipolar hastalarda madde kötüye kullanımı ve bağımlılıgı komorbiditesi oldukça sık gözlenmektedir. Literatürde % 6-69 arasında değişen sonuçlar bulunmaktadır. Alkol ön planda olmak üzere, esrar, opiyat ve kokain sık kullanılan maddelerdir (Cassidy ve ark., 2001). McElroy ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptıkları çalışmada % 38 oranında, Pini ve arkadaşlarının (1989) yaptığı çalışmada bipolar bozukluğa eşlik eden alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı % 33 oranında tespit edilmiştir.

Bipolar hastaların duygusal semptomlarını kendileri iyileştirmek için alkol ve ilaçları daha fazla kötüye kullandıkları belirtilmektedir (Strakowsky ve ark., 1992). Bir başka görüş ise, manik atak süresince alkol tüketiminin arttığıdır. Duygudurumunun yükselmesinin alkol tüketimini

artırması, olgulardaki huzursuzluk, dürtüsellik ve uykusuzlukla ilişkilendirilmektedir (Marneros ve ark., 2002).

Yapılan çalışmaların çoğunda bipolar bozuklukların ve madde kötüye kullanım bozukluğunun eş zamanlı olarak görülmesinin daha fazla sayıda epizod geçirmeye ve daha fazla sayıda hastaneye yatışa ve özkıyım riskini artırmaya neden olduğu bildirilmiştir. Ayrıca yine bu konuda yapılan çalışmaların çoğu bu iki bozukluğun eş zamanlı olarak görülmesinin, sağaltıma yanıt verme oranının daha düşük olması nedeniyle de hastalığın sonraki klinik gidiş ve sonlanımı üzerinde olumsuz etkisi olduğu konusunda hemfikirdir. Bununla birlikte madde kötüye kullanımı ile döngü sürelerinin kısalması ve hızlı döngülü örüntünün gelişmesi arasında bağlantı olabileceğine dair çalışmalar mevcuttur (Marneros ve ark., 2002). Alkol ve madde bağımlılığı olan bipolar hastalarda hastalığın daha erken başlangıçlı olduğunu ve daha şiddetli seyrettiğini gösteren çalışmalar vardır (Brady ve Sonne 1995).

2.2.Alkol ve Madde Bağımlılığı

2.2.1.Alkol ve madde kullanım bozukluğu epidemiyolojisi

ABD' de yapılmış epidemiyolojik alan çalışmasının sonucuna göre toplumun madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı için yaşam boyu yaygınlığının %16,7 olduğu bulunmuştur. Alkol kötüye kullanımı veya bağımlılık açısından yaşam boyu yaygınlığı %13,8; alkol dışı maddeler için bu oran %6,2' dir. Bu çalışma sonuçlarına göre en sık kullanılan maddeler alkol ve nikotindir. Kötüye kullanım ve bağımlılık erkeklerde kadınlara göre daha sıktır (Reiger ve ark., 1990). Daha az yaygınlıkla kullanılan maddeler esrar, kokain, uyku ilaçları, benzodiyazepinler, amfetaminlerdir.

Geride bıraktığımız 10 yıl içinde Türkiye'de alkol ve madde kullanımına bağlı bozuklukların yaygınlığı üzerine ulusal ve uluslararası araştırmalar yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü, Türkiye'de 18 yaş üstü nüfusta yaşamboyu alkol kullanmama oranını %81,1 (erkeklerde %65,9 ve kadınlarda %92,4); ağır ve zararlı içme yaygınlığını %1,1 (erkeklerde %1,9 ve kadınlarda %0,5); dönemsel ağır içme davranışını (bir kerede 5 ya da daha fazla standart içki tüketimi) ise %0,9 (erkeklerde %2,1 ve kadınlarda %0,1) olarak bildirilmiştir (WHO 2004). Akvardar ve arkadaşlarının 2005 yılında lise ve üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarda yaşamboyu alkol kullanım yaygınlığı %46,1 ile 71,2 arasında bildirilmiştir (Binbay ve ark. 2013).

Türkiye'de alkol kullanımı göreceli olarak düşüktür. Bu sonucun din etkisi, alkol kullanımının günlük yaşamın bir parçası olmaması, genellikle sosyal olaylarda (düğünler gibi) ortamlarda alkol içilmemesi ve sosyal baskı nedeniyle bildirimin az olması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Erkekler kadınlara göre daha fazla içme, daha fazla oranda ağır içici olma ve alkolle ilişkili sorunları daha fazla taşıma eğilimindedir. Geleneksel olarak alkol kullanımı erkekler için kabul edilebilir olmasına karşın, kadınların sosyal rollerindeki değişikliklerle birlikte genç nüfusta kadınlarda alkol kullanım yaygınlığı artmaktadır. Akvardar ve arkadaşları 2003 yılında yaptıkları çalışmada alkol içmeye başlama yaşının küçüldüğünü belirtmişler. Alkol içmeye başlama yaşı küçüldükçe alkole bağlı sorunların gelişme riski artmaktadır (Binbay ve ark., 2013).

2.2.2.Demografik özellikler

Madde kullanımının ve bağımlılığının erkeklerde, siyah ırkta ve büyük şehirlerde kullanımı daha sıktır. ECA sonuçlarına göre madde bağımlılığı için yıllık prevalans erişkin erkekler için %1.7 iken bu oran kadınlar için %0.7' dir. Erkeklerin maddelerle tanışma ve kullanma fırsatlarının daha fazla olması bu farkın cinsiyetin biyolojik etkisinden daha çok sosyal rollerle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Geçen bir ayda madde kullanımı yaygınlığı 18-25 yaş arasında en yüksektir. 30-44 ve 45 yaş üstü yaş gruplarında giderek sıklığı düşmektedir (Kaplan ve Sadock 2004).

2.2.3. Madde kötüye kullanım/bağımlılık tanısal ve klinik özellikleri

Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, DSM-IV' te her bir madde ayrı bir kategori oluşturmak üzere Madde Kullanım Bozuklukları ve Madde Kullanımına Bağlı Olarak Ortaya Çıkan Bozukluklar şeklinde başlıca iki ana başlık altında sınıflanmaktadır. Madde kullanım bozuklukları ise madde Bağımlılığı ve madde kötüye kullanımını içermektedir

DSM-IV-TR'ye gore Madde Bağımlılığı Tanı Ölçütleri:

Maddenin uyumu bozacak klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması ve 12 aylık bir süre içinde herhangi bir zamanda aşağıdakilerden üçünün bulunması:

1. Tolerans
2. Yoksunluk (kesilme) belirtilerinin olması ve bunları gidermek için maddeye gereksinim duyma
3. Maddenin tasarlandığından (niyetlenenden) çok daha fazla miktarda ve daha uzun bir süre alınması
4. Madde kullanımına son vermek ya da bunu denetim altına almak için sürekli bir istek hissetme ve bir çok kez bırakma girişiminde bulunma
5. Maddeyi elde etmek için ve madde etkisi altında çok zaman harcama
6. Kişinin günlük işlerini yerine getirmesi beklenen zamanlarda madde etkisi altında olma ve bunları yerine getirememe
7. Madde kullanımının neden olduğu sosyal, ruhsal veya bedensel bir sorunun

varlığına rağmen madde kullanmayı sürdürüyor olma

DSM-IV-TR'ye göreMadde Kötüye Kullanımı Tanı Ölçütleri :

A. Maddenin uyumu bozacak, klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa yol açacak biçimde kullanılması ve 12 aylık bir süre içinde aşağıdaki ölçütlerden biri veya daha fazlasının bulunması:

1. Kişinin işte, evde veya okuldaki yükümlülüklerini sürdürmesini önleyecek şekilde yineleyici biçimde madde kullanması

2. Fiziksel tehlike yaratabilecek durumlarda(örneğin araç kullanırken) madde etkisi altında olma ve bu durumun tekrar tekrar olması

3. Madde kullanımı ile ilişkili olarak yasal sorunların varlığı

4. Madde kullanımının sosyal yaşamda ve kişinin yakınlarıyla ilişkisinde yineleyici ve kalıcı sorunlara yol açmış olmasına rağmen madde kullanımını sürdürme

B. Bu madde için kişinin bağımlılık tanısı almamış olması

Tolerans: Bireyin istediği etkiyi hissedebilmek için maddeyi giderek daha yüksek dozlarda alması, yüksek dozlara dayanma gücünün artmasıdır.

Kesilme ve yoksunluk sendromu: Kullanılmakta olan madde birdenbire kesilirse bazı fizyolojik belirtilerin ortaya çıkmasıdır.

DSM-IV'te tanımlanan maddeler: alkol, amfetamin, kafein, kokain, halusinojenler, inhalanlar, nikotin, opioidler, fensiklidin, sedatif-hipnotik ve anksiyolitik etkili ilaçlardır.

2.2.4 DSM-5'te madde kullanımıyla ilgili bozukların sınflandırılmasında yapılan değişiklikler

DSM -5'te DSM-IV'te olan madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı madde kullanım bozukluğu başlığı altında birleştirilerek şiddet yelpazesinde değerlendirilmektedir. Kafein dışında bütün maddeler bu kapsayıcı başlık altında değerlendirilecektir (örn., alkol kullanım bozukluğu, stimulan kullanım bozukluğu gibi.).Ancak tanı koydurucu kriterlerin sayı arttırılmıştır. DSM_IV'te madde kötüye kullanım tanısı için tek semptom gerekiyordu, şimdi hafif madde kullanım bozukluğu tanısı 11 semptom içinden en az 2 semptomun olmasını gerektirmektedir.

Yasalarla ilgili sorunlar uluslararası kullanımdakı kısıtlılıklar nedeniyle kaldırılmıştır. Aşırı istek (craving) kriterler arasına katılmıştır.

2.3.Bipolar Bozukluk ve Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu Komorbiditesi

Tüm toplumda alkol kullanım bozukluğu prevalansı %14, toplum tabanlı çalışmalarda bipolar hastalarında alkol kullanım bozukluğu prevalansı %46 olarak bulunmuştur (Brown ve ark., 1998). Bipolar bozukluğu olan hastaların ailesinde alkolizm prevalansı yüksektir. Epidemiyolojik Alan Çalışmasının sonuçlarına göre, affektif bozukluklarda alkol bağımlılığı riski 1.9 kez fazladır (Brown ve ark., 1998).

Madde kullanımı prevalansı da bipolar hasta grubunda %41 ile sıktır. Genel popülasyonla kıyaslanarak görece risk hesabı yapıldığında bipolar hastalarda alkol kullanımından daha da fazla komorbidite oranları bulunmuştur (Brown ve ark., 1998). 1990 yılında Regier tarafından yayınlanan toplum tabanlı çalışmanın sonuçlarında bipolar -I hasta grubunda madde kullanımı prevalans % 61, bipolar-II hastalarında prevalans % 48 olarak tespit edilmiş. Ayni çalışmada toplumda madde kullanımı oranı %6 olarak bulunmuştur. Daha sonra yapılan çalışmalar da elde edilen sonuçlar %40 ile % 55 arasında değişmektedir (Mc Elroy ve ark., 1996). Poliklinik vakaları üzerine yapılan üç çalışmanın sonuçlarına göre halen (current) madde kullanım prevalansı %5 (Winokur ve ark., 1998), hayat boyu madde kullanım prevalansı %14-%42-%45 olarak tespit edilmiştir (Feinman 1996, Winokur ve ark., 1998, Suppes ve ark., 2000).

Birarada bulunuş alkol kullanım bozuklukları açısından değerlendirildiğinde ise; BP I bozuklukta alkol bağımlılığı %31.5, alkol kötüye kullanımı % 14.7, toplam alkol kullanım bozukluğu % 46.2; Bipolar II bozuklukta ise alkol bağımlılığı % 20.8, alkol kötüye kullanımı % 18.4, toplam alkol kullanım bozukluğu % 39.2 olarak belirlenmiştir (Binbay ve ark 2013).

Miller ve arkadaşları 1993 yılında 60 bipolar bozukluklu hastanın chart analizinde nikotin dışı bir ya da daha fazla madde kötüye kullanımı %25, oranında, %18' inde alkol kötüye kullanımı saptanmıştır.

Bipolar hastalarda en sık kullanılan madde sigara ve alkol iken, depresif hastalarda sedatif ve anksiyolitikler olarak bulunmuştur (Gonzales ve ark., 1998)

Strakowski ve arkadaşları (2000), 50 bipolar-I tanılı hastanın takip çalışmasında 14'ünde (%28) alkol madde kullanımı bozukluğu belirlemişler. Ayrıca, alkol-madde kullanımı olan grubun %48'ini karma ataktaki hastaların oluşturduğu bulunmuştur. Ayaktan izlenen yada yatan hastaların oluşturduğu gruplarda, bipolar hastalar arasında alkol ve madde kullanım bozukluğu bildiren çalışmalarda % 18-75 arasında oranlar görülmektedir (Salloum ve Thase, 2000).

Akiskal (1988), subaffektif bozukluklar başlığı altında tanımladığı siklotimik, hipertimik, irritabl ve distimik kişilik özelliklerini anlatırken, bu kişilerin depresif ya da hipomanik dönemlerinde alkol-madde kötüye kullanımlarını bir self medikasyon çabası olarak yorumlamıştır. Khantzian'ın (1997) opiatların öfke ve agresyon duygularını kontrol altına aldığını ve opiat bağımlılarının bu etkiden faydalanmak için opiat kullandıkları şeklindeki görüşü, "kendi kendini tedavi" hipotezine örnek verilebilir. Bu görüşe katılan Weiss-Griffin (1992)'e göre, bipolar hastalar alkol ve maddeyi affektif semptomlar ile baş etmek amacıyla kullanmaktadır. Sonne ve arkadaşlarına (1994) göre; self medikasyon amacıyla kullanılan alkol ve maddeler maninin semptomlarını dengelemek amacıyla psikotropik etkilerinden faydalanmak için kullanılmaktadır; Sonne ve arkadaşları alkol-madde kullanımı olan 25 bipolar hastayla görüştükleri çalışmada 24 hasta (%95) duygudurumlarını düzenlemek amacıyla alkol-madde kullandıklarını, dokuz hasta (%38) manik semptomları yatıştırmak için alkol, üç hasta (%13) depresif semptomları yatışmak için kokain, yedi hasta (%29) depresyondayken alkol, iki hasta (%8) hem depresyonda hem manideyken alkol kullandığını ve üç hasta da ayırt edemediğini belirtmiştir. Bipolar hastaların bir kısmının alkol ve maddeyi self medikasyon amacıyla kullanıyor oldukları söylenebilir.

Alkol-madde kullanımının bipolar hastalarda maninin zevk veren aktivitelere aşırı katılma davranışına bir örnek olup olmadığı üzerine durulmuştur. 1990 yılında Goodwin ve Jamison alkol/madde kullanım bozukluğunu maninin DSM-IV semptomlarının bir parçası olarak kabül edilebilir olarak yorumlamışlardır.

Bazı çalışmaların sonuçlarına göre madde kullanımı duygu durum semptomlarının erken ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Winokur ve ark. 1998, Feinman ve ark. 1996). Aynı zamanda karşı savı savunan çalışma sonuçlarıda elde edilmiştir (Suppes ve ark., 2000). Bazı

çalışma sonuçlarına göre maddeyle başlangıç yaş arasında bir ilişki bulunamazken alkol kullanımı ile başlangıç yaşı ileri yaşlara kaymaktadır (Brown ve ark., 2001).

Bipolar bozuklukta madde kullanma paternleri araştırılmış, en çok cannabis, kokain, amfetamin, sedatif–hipnotik-anksiyolitikler, daha az oranda halüsünojen ve opiat kullanımı saptanmıştır (Brown ve ark., 2001). Yaşam boyu risk hesabına göre en fazla %30-64 ile kannabis, %6-44 ile çoğul madde kullanımı, %21-39 amfetamin, %15-39 kokain, %31 LSD-halüsinojen kullanımı gözlenmiştir. En düşük oranlar %3 ile barbitüratlar ve benzodiazepinler için bulunmuştur (Miller ve ark., 1989, Marken ve ark., 1992). Depresif ve manik ataklar sırasında seçilen madde türüne göre farklılıklar gözlenmiştir; manik ataklardaamfetamin ve çoğul madde kullanımı ön planda iken, depresyonda değildir (Brown ve ark., 2001).

1974 yılında Reich, Davis ve Himmelhoch tarafından 40 bipolar hastanın 1/3'ünde manik atakta alkol kullanımının arttığı, %5'nin depresif atakta alkol kullanımını arttırdığı bildirilmiştir. 1979 yılında Hensel, Dunner ve Feive'in 173 bipolar hasta ile yaptıkları çalışmanın sonucuna göre; %10 hasta manik ataktayken, % 15'i depresif ataktayken daha fazla alkol kullandıklarını, %16 hasta ise depresif ataktayken alkol kullanımının azaldığını belirtmişlerdir.

DelBello'ya (2000) göre; alkol-madde kullanımı ile bipolar hastalık arasında ortak risk faktörleri mevcut olabilir. 1990 yılında Goodwin ve Jamison ortak gen hipotezini öne sürmüştür. DelBello ortak gen henüz tespit edilemediği için aileleri inceleyerek hem alkol-madde hem de bipolar geçişinin benzer oranlarda olmasının Goodwin'in teoremini doğrulatacağını düşünmüştür.

- 1969'da Winokur ailede bipolar bozukluk geçişini %10; alkol kullanımını %7 olarak ;
- 1975' te Morrison ailede bipolar bozukluk geçişini %18; alkol kullanımı % 15;
- 1979'da Dunner ise ailede bipolar bozukluk geçişini %12; alkol kullanımı %9;
- 1987'de Dwyer-Delog ailede bipolar bozukluk geçişini %14; alkol kullanımı %13;
- 1996'da Maier-Merikangas ailede bipolar bozukluk geçişini %9, alkol

kullanımı %9;

• 2000'de DelBello ailede bipolar bozukluk geçişini % 8; alkol kullanımı geçişini %9 olarak tespit etmişlerdir.

Norveç'te yapılan bir çalışmada 125 bipolar bozukluk hastası ve 327 kişilik kontrol grubu madde kullanım bozukluğu ve riskli madde kullanım özellikleri açısından karşılaştırılmıştır. Hasta grubunda yasadışı madde kullanım oranı %65, kontrol grubunda %40 bulunmuştur. DSM-IV-TR'ye gore madde kullanım bozukluğu tanısı alanların oranı hasta grubunda %30.4 (n=38) bulunmuştur. Alkol kullanım bozukluğu %20.8 (n=26), kannabis kullanım bozukluğu %12 (n=15) oranında bulunmuştur. Çalışmada aynı zamanda riskli kullanım da araştırılmış ve toplam %14.4 (n=18) riskli madde kullanım oranları saptanmıştır.Yazarlar daha önceki çalışmalardan farklı olarak bipolar hastalarda madde kullanım bozukluğu komorbiditesi ile daha şiddetli hastalık gidişi arasında ilişki bulmamışlar, ancak bu birliktelikle GAF (Global Assesment of Functioning) skorları-işlevsellik arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır (Trine ve ark., 2010).

Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Ünal ve arkadaşları 2007 yılında, 50 bipolar hastada eştanı sıklığını değerlendiren çalışmada yaşam boyu alkol kötüye kullanımı oranını %10 olarak saptamışlardır. Özyıldırım ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı, 111 bipolar hastada eştanı sıklığını tarayan diğer bir çalışmada alkol kullanım bozukluğu oranı %5.4 bulunmuştur.

Literatürde bipolar bozukluğu olan hastalarda madde kullanım bozukluğu eştanısının erkek cinsiyet, genç yaş, düşük eğitim ve boşanmış olmak gibi sosyodemografik özellikler; agresif ve impulsif eğilim gibi kişilik özellikleri; istenmeyen duygudurum belirtilerine yönelik "ilaç niyetine kullanma (self-medikasyon)" gibi etkenlerle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca madde kullanım bozukluğu; daha yüksek oranda intihar girişimi, daha fazla hastaneye yatış, hızlı döngülülük, karma dönem tipi, geçmiş depresif dönem sayısı yüksekliği, B kümesi kişilik bozuklukları eştanısı, ilk duygudurum döneminin erken yaşta ortaya çıkması gibi bipolar bozukluk klinik özellikleri ile de ilişkili bulunmuştur (Özyıldırım ve ark 2009).

2.4. Kişilik

2.4.1.Kişiliğin tanımı

Kişilik, Latince maske demek olan "persona" dan türemiş, "personality" sözcüğünün Türkçe karşılığıdır. Davranışsal, psikolojik özelliklerin doğuştan gelen belirleyicileri ile sonradan kazanılanların ortaklaşa oluşturduğu yapı olarak tanımlanmaktadır. Birçok yazar kişiliğin mizaç, karakter ve zekadan oluştuğu fikrine katılmaktadır.

Temperament Latince karışım anlamına gelen "temperare" sözcüğünden İngilizceye geçmiştir. Tanım olarak yapısal, genetik, biyolojik temele dayanan tavır ve davranışları ifade eder. Karakter ise eski Yunanca'da nakşedilmiş anlamına gelen "characteria" sözcüğünden türemiş olup, insanın yetiştiği çevresinden kaynaklanan öğrenilmiş tavır ve davranışlara karşılık gelmektedir. Mizacın biyolojik, karakterin sosyal ve kültürel katkılarından bahsedilirken, zekanın hem yapısal, hem de sosyal özellikleri ile kişiliğin her fonksiyonunda değişiklik yaptığı vurgulanmaktadır (Akiskal 1998).

2.4.2 Kişiliğe boyutsal yaklaşım

DSM-IV'deki kategorik sistemin, tedavi verilip verilmeyeceğine karar vermek, psikiyatristler arasında iletişimi sağlamak gibi avantajları vardır. Bununla birlikte kişilik bozuklukları kategorilerinin semptom ve özellik bakımından oldukça heterojen olması, kişilik bozuklukları arasında yüksek komorbiditenin olması ve zaman içinde tanısal değişimleri tanımlamak konusundaki zayıflıkları gibi dezavantajları da içermektedir. Bununla beraber boyutsal modeller zamanla olan değişimleri ve değerlendiriciler arası farklılıkları değerlendirirken ortaya koyduğu skorlar daha güvenilirdir. Aynı zamanda kategorik tanılar arasında net olmayan sınırları, eşik altı belirtileri, klinik ilgi odağı olabilecek durumları ve semptom heterojenitesini açıklamaya yardımcı olabilmektedir (Richter ve ark., 2000).

DSM sınıflandırmasındaki kategorik yaklaşımın kısıtlılıklarını ortadan kaldırmak arayışı çerçevesinde DSM-V'te kişilik bozuklukları değerlendirilirken, kişilik özelliklerini *(trait)* referans alınması önerilmektedir (Richter ve ark., 2000). Kişilik patolojisini değerlendirmede

kişilik özellikleri bakışına önemli bir örnek Cloninger'in yedi faktörlü modelidir. Bu bakışa göre kişilik özelliklerinin biyolojik temelde şekilllenmesine özel vurgu yapılmaktadır (Lott 1996). Kişilik bozukluklarının boyutsal çekirdek özelliklerinin tanımlanması, etkili bir tarama yapmak, alt tiplemede önemli olan özellikleri ortaya koymak ve ayırıcı tanı ve tedavide daha etkili bir yol izlemek gibi faydalar sağlayabilir.

. Dragon ve arkadaşları, DSM-III-R'nin kişilik bozukluğu tanıları hakkında öngörüde bulunmak için kişilik boyutunu içeren kendi kendine yapılan çok eksenli yapılandırılmış görüşmelerden TCI'ın yeterliliğini sınamaya çalışmıştır. Buna göre kişilik faktörleriyle semptomların ilişkisi açısından DSM-III-R kişilik bozuklukları için yapılandırılmış görüşme kullanılarak ölçülen özelliklerle TCI profilleri karşılaştırıldığında düşük kendini yönetmeyle düşük işbirliği yapmanın bütün kişilik bozukluklarında semptom sayısı ile ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Ayrıca A kümesi kişiliğin düşük ödül bağımlılığıyla, B kümesi kişilik yüksek yenilik arayışıyla, C kümesi kişilik yüksek zarardan kaçınmayla yüksek derecede ilişkili olduğu gösterilmiştir (Engstrom 2004). Dragon ve arkadaşlarının çalışmasında TCI ölçütleri ve DSM-III-R kategorisine gore kişilik bozuklukları semptom sayıları arasında diger bazı korelasyonlar da ortaya konmuştur. Kendini aşma skorları sadece şizoid semptomlarla, sebat etme skorları da sadece pasif agresif semptomlarla negatif korele bulunmuştur. Ayrıca yenilik arayışı, zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı boyutları ile her bir DSM-IV kişilik bozukluğu semptomları arasındaki yüksek korelasyon da bildirilmiştir (Cloninger ve ark., 1998). Bu bulgulara göre bireyler, genellikle kendini yönetme açısından zayıf olduklarında kişilik bozukluğu tanısını alırlar ve bu hastalar sorumluluk almada, kendilerine anlamlı hedefler seçmede, değişikliklere karşı çare buluculukta, sınırlamaları kabullenmede ve alışkanlıklarını disiplinize etmede güçlük çekerler. Bununla beraber bazen kendini yönetme açısından güçlü olan bireyler de kişilik bozukluğu tanısı alırlar çünkü bunlar işbirlikçi değildirler. Yani bu disiplinize ve hedefe yönelik bireyler çok ben merkezcidir, sosyal olarak hoşgörüsüzdür, yardımsever değillerdir, empati kuramazlar, şefkat duygusu ve bazı ahlaki prensiplerden yoksundurlar (Engstrom 2004). Zarardan kaçınma, nevrotizm, kendini yönetme ve işbirliği yapma ile yüksek derecede ilişkili olmasına rağmen kişilik bozukluğu varlığı için kaçınılmaz bir faktor olarak belirlenmemiştir.

2.4.5 Cloninger'in genel psikobiyolojik kişilik modeli ve TCI

Cloninger, kişiliğin iki temel bileşeni olarak gördüğü mizaç ile karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiyolojik kişilik modeli geliştirmiş ve tanımlamıştır. Bu kuramı, psikometrik kişilik çalışmaları, ikizler ve ailelerde yapılan uzunlamasına gelişimsel çalışmalar, nörofarmakolojik ve nörodavranışsal öğrenme çalışmalarından elde edilen bilgilerin sentezi üzerine kurmuştur.

Cloninger'e göre insanların kişiliği, kişinin kendi deneyimlerinden öğrenme yolu ile duygularını, düşüncelerini ve eylemlerini adapte ediş biçimiyle karakterize olmaktadır. Kişilik, değisen çevreye karşı uyumu sağlayan bireysel psikobiyolojik sistemlerin karşılıklı etkileşimi olarak tanımlanabilir (Cloninger ve ark., 1993). Bu sistemler kognisyonu, emosyon ve duygudurumu, kişisel impuls kontrolünü ve sosyal ilişkileri düzenler. Dolayısıyla kişilik özellikleri, kişinin bizzat kendisi, diğer insanlar ve bir bütün olarak dünyayı algılama, onlarla ilişki kurma ve onlar hakkında düşünmeyle ilgili olarak işleyen sürekli bir paterni ifade eder.

Cloninger'e göre kişilik, hem mizaç, hem de karakter özeliklerini kapsar. Mizaç, kişiliğin, kalıtılabilir olan, çocukluk döneminde açıkça sergilenen ve hayat boyu durağan kalan bileşenleri olarak tanımlanır (Goldsmith ve ark., 1987). Buna karşın karakter ise, bilerek ortaya konulan amaç ve değerler açısından kişisel farklılıkları ifade eder ki, bu amaç ve değerler, kişinin bizzat kendisi, diğer insanlar ve diğer varlıklarla ilgili kavram ve sezgilerin öğrenilmesine ve anlayışına dayanır. Karakter özellikleri, çocukluk döneminde ebeveyne bağlanmayla başlayan nesne ilişkilerindeki bireysel farklılıkları, çocuklukta bunların farklılaşması ve hayat boyunca adım adım olgunlaşması durumunu tarif eder. Mizaç, doğduğumuzda mevcut emosyonel eğilimlerimizi ifade ederken, karakter ise kendimizi isteğimiz doğrultusunda ne yönde yapılandırdığımızı ifade eder.

TCI'da belirtilen dört mizaç boyutu, zarardan kaçınma, yenilik arayışı, ödül bağımlılığı ve sebat etmedir. Örneğin zarardan kaçınma açısından düşük skora sahip kişiler tehlike hakkında önceden daha az anksiyete ya da korku hissederler, dolayısıyla iyimser, risk alıcısıdırlar; eğer karakter olarak yeterli olgunlukta değillerse, savunma mekanizması olarak sıklıkla hipokondriazis ve izolasyonu kullanırlar (Mulder ve ark., 1996). TCI'da zarardan kaçınma,

beklenti endişesi belirsizlik korkusu, yabancılardan çekinme ve çabuk yorulma-dermansızlık olmak üzere dört ayrı alt ölçekte değerlendirilmiştir.

Yenilik arayışında yüksek olan bireyler impulsif, frustre oldugunda çabuk sinirlenen, kendilerine zevk veya heyecan getireceğine inandıklarında kuralları veya düzeni bozma eğilimindedirler; yenilik arayışında düşük olanlar bu açıdan düşünceli ve kurallara riayet edicidirler.TCI'da yenilik arayışı keşfetmekten heyecan duyma, dürtüsellik, savurganlık ve düzensizlik olmak üzere 4 alt ölçekte değerlendirilmiştir.

Ödül bağımlılığı açısından düşük olan bireyler soğuk ve sosyal iletişimlere karşı duyarsızdır. Ödül bağımlılığı yüksek olan bireyler sıcak sosyal yakınlaşmalar kurmaya eğilimlidirler ve duygusal çekiciliğe içtenlikle yanıt verme eğilimindedirler. TCI'da ödül bağımlılığı, duygusallık, bağlanma ve bağımlılık olmak üzere 3 ayrı alt ölçekte değerlendirilir.

Sebat etmede düşük olan bireyler elde ettikleriyle yetinirler ve engellendiklerinde duygudurumları kolayca labil hale gelebilir. TCI'da sebat etme tek bir ölçekte değerlendirilir. Bu özelliklerin hepsi bağımsız olarak işleseler de boyutlar arasında olası bir çok kombinasyon ortaya çıkar. Değişik konfigürasyonlar, boyutlar arası fonksiyonel etkileşimler sonucunda kişinin, kalitatif olarak farklı emosyonel yanıt paternlerini oluştururlar.

Mizaç özelliği olarak belirli davranışlara veya emosyonlara olan eğilimler olsa da bunların net olarak davranışlara ve emosyonlara ne şekilde yansıdığını anlamak için karakter biçiminin de tanımlanması gerekir. Örnegin maceracı mizaç (örn; düşük zarardan kaçınma, yüksek yenilik arayışı, ve düşük ödül bağımlılığı) karakter olgun değilse antisosyal kisilik bozukluğuna ve tip 2 alkolizme ya da karakter olgun ise bilimsel araştırmalarda hayal gücü yüksek araştırıcılık ve objektiviteyle sonuçlanabilir. Karakter gelişimini güçlü bir şekilde etkileyen, bir kendini kontrol etme moderatörü olarak sebat etme eylemleri, emosyonel düzenlemede ve kişilik gelişiminde önemli bir role sahiptir (Cloninger 1987).

Düşük kendini yönetme, sorumsuzluk, amaçsızlık, disiplinli olmayan davranışlar ve zayıf dürtü kontrolüyle ilişkilidir. TCI'da kendini yönetme, sorumluluk alma, amaçlılık, beceriklilik, kendini kabullenme ve uyumlu ikincil mizaçlar olmak üzere beş ayrı alt ölçekte değerlendirilmektedir.

Düşük işbirliği yapma, empati yapma eksikliği ile ilişkilidir ve sonuç olarak işbirliği yapmayan bireyler hostil, agresif, kindar, intikamcı ve fırsatçı kişiler olarak tanımlanır. TCI'da işbirliği yapma, sosyal onaylama, empati duyma, yardımseverlik, acıma ve erdemlilik-vicdanlılık olmak üzere beş ayrı alt ölçekte değerlendirilmektedir.

Düşük kendini aşma, kişiler ötesi özdeşleşme ve vicdanlılıkta eksiklikle ilişkilidir ve bu kişiler materyalistiktirler ve erdemlilik ya da evrensel uyum gibi soyut düşüncelerle ilgilenmezler. TCI'da kendini aşma, kendilik kaybı, kişiler ötesi özdeşim ve manevi kabullenme olmak üzere üç ayrı alt ölçekte değerlendirilmektedir (Cloninger ve ark., 1994).

Ayrıca mizaç ve karakter biçimleri birbirleriyle karışık fakat sistematik yollarla ilişki içerisindedirler. Mizaç, karakter gelişimini kısmen sınırlamasıyla beraber sosyokültürel öğrenme ve deneyimlerin etkileri sebebiyle tam olarak belirlenemez. Örnek olarak DSM-III-R ölçütlerine göre borderline mizaç olarak ta adlandırılan mizaç biçimi (yüksek yenilik arayışı, yüksek zarardan kaçınma ve düşük ödül bağımlılığı) kendini yönetme ve işbirliği yapma açısından gelişmeme eğilimi yaratır (Cloninger ve Svrakic 1997).

Cloninger'in kişilik kuramı psikometrik kişilik çalışmaları kadar, ikizler ve ailelerde yapılan uzunlamasına gelişimsel çalışmalar, nörofarmakolojik ve nörodavranışsal öğrenme çalışmalarından elde edilen bilgilerin sentezi üzerine kurulmuştur. Cloninger'in kişilik modeli davranış görünümleri ile nörotransmiterler arasında bağlantı kurma olanağı da verir. Yenilik Arayışı (davranışsal aktivasyon) ile dopamin, Zarardan Kaçınma (davranışsal inhibisyon) ile serotonin, Ödül Bagımlılığı (davranışı sürdürme) ile norepinefrin ve Sebat Etme (davranışta ısrar etme) ile glutamaterjik sistem arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Köse ve Sayar 2004, Peirson ve ark., 1999).

2.5. Bipolar Bozukluk ve Kişilik

Kişilik özelliklerinin klinik psikopatolojilere yatkınlık oluşturma mekanizmasını açıklamak için çeşitli kuramlar geliştirilmiştir. Örneğin Pekiştirme kuramı (Reinforcement Sensitivity Theory) kişiliğin yaygın desteklenen kuramıdır. Gray 1982 yılında bu kuramın 3 bileşeninden bahsetmiştir: 1) Kavga et-kaç tepkisi (Fight-Flight system), Davranışsal yönelme sistemi (Behavioral Approach System), Davranışsal İnhibisyon sistemi (Behavioral Inhibition System). Kavga et-Kaç sisteminin koşulsuz tiksindirici uyarana (unconditioned aversive stimuli);

Davranışsal Yönelme Sisteminin koşullu iştah uyandıran uyarana (conditioned appetitive stimuli); Davranışsal İnhibisyon Sistemi'ninse koşullu tiksindirici uyarana (conditioned aversive stimuli) duyarlı olduğu öne sürmüştür.

2002 yılında Gray ve McNaughton bu kuramı yeniden gözden geçirerek Kavga et-Kaç-Donakal sistemini önermişler ve bu sistemin bütün tiksindirici uyaranlara (conditioned and unconditioned aversive stimuli) karşı oluşturulan tepki olduğunu öne sürmüşler. Davranışsal yönelme sistemininse bütün iştah uyandıran uyaranlara (appetitive stimuli) duyarlı olduğunu belirtmişler. Davranışsal İnhibisyon sistemininse bu iki sistem arasında çıkan amaca yönelik çatışmaları çözme görevini üstlendiğini belirtmişler. Bu kurama göre Kavga et-Kaç-Donakal sisteminin aşırı hassas olması fobi ve panik bozukluğun temelinde yatmaktadır. Davranışsal İnhibisyon Sisteminin aşırı hassaslığıysa yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluğunun temelini oluşturmaktadır. Davranışsal Yönelme Sisteminin aşırı hassaslığıysa ödüllendirici uyaranlara karşı bağımlılık davranışı oluşmasının temelinde yatmaktadır ve bipolar bozuklukta bu mekanizma önem taşımaktadır (Alloy ve ark., 2009).

Davranışsal Yönelme Sistemi dışsal (cazip nesne) ve içsel (amaca ulaşma beklentisi) ödül sinyalleriyle etkinleşmektedir. Bu uyaranlar Davranışsal Yönelme Sistemini etkinleştirdiklerinde birey amaca yönelik bilişsel ve motor aktiviteyi arttırmaktadır. Davranışsal Yönelme Sisteminin beyindeki mezolimbik dopamin yolakları ve bunun amigdala ve prefrontal kortekse olan projeksiyonlarıyla işlev gördüğü varsayılmaktadır. Bağımlılık davranışının yaranmasının da bu yolaklarla olduğu düşünülmektedir (Harmon-Jones, 2003).

Bipolar bozuklukta Davranışsal Yönelme Sistemi aşırı hassaslığı kuramı 1989 yılında Depue ve arkadaşları tarafından önerilmiştir. Bu kurama göre bipolar bozukluğa yatkınlığı olan bireylerde aşırı duyarlı Davranışsal Yönelme Sistemi derhal ödüllendirilme isteği, amaca yönelik aşırı çaba gösterme ve engellenme durumunda öfke dışavurumu gösterme gibi davranışları tetiklemektedir. Öfori, aşırı amaca yönelme, azalmış uyku ihtiyacı ,dikkat dağınıklığı, irritabilite, aşırı özgüven ve optimizm gibi hipo(mani) semptomları bu sistemin aşırı uyarılmasıyla açıklanmaktadır. Çökkünlük, enerji azlığı, anhedoni, psikomotor yavaşlık, umutsuzluk, azalmış özgüven gibi depresif semptomlarda Davranışsal Yönelme Sistemin deaktivasyonuyla açıklanmaktadır. Bu modele göre aşırı duyarlı Davranışsal Yönelme Sistemi hem hipo(mani) hem de depresyon epizotlarına yatkınlık yaratmaktadır (Alloy ve ark., 2009).

Benzer şekilde farklı kuramcılar (Dawe & Loxton, 2004; Dawe, Gullo, & Loxton, 2004; Franken & Muris, 2006; Franken Muris & Georgieva, 2006) yükselmiş ödül duyarlılığının madde kullanımı bozukluklarının oluşumuna katkıda bulunduğunu varsaymaktadır (Alloy ve ark., 2009). Nöral yolaklarda dopamin düzeyi düşük olan bireylerin uyuşturucu maddelerin ödüllendirici etkilerine karşı daha hassas olabilecekleri ve madde kullanım bozukluğu geliştirme risklerinin daha yüksek olabileceği düşünülüyor. Davranışsal Yönelme Sisteminin aşırı duyarlılığının hem bipolar bozukluğa hem de madde kullanım bozukluğuna katkıda bulunduğu, ve sık birlikteliği açıklayabileceği düşünülmektedir.

Madde kullanım bozukluğunu belirleyici kişilik özelliklerinden en güçlü ve tutarlı olanı dürtüselliktir. Dürtüsellikteki bireysel farklılıkların ve buna bağlı olan davranışsal eğilimlerin (örn. heyecan arayışı) madde kullanım bozukluğuyla ilişkili olduğu ve ortaya çıkışını belirleyici olduğu bildiriliyor (Acton, 2003; Dawe ve ark., 2004). Eysenck Dürtüsellik, Barret Dürtüsellik, Cloninger Yenilik Arayışı, Zuckerman Heyecan Arayışı ölçeklerinin faktor analizi, Davranışsal Yönelme Sistemi ve Ödül Duyarlılığını ölçmede bu ölçeklerin birbiryle tutarlı sonuçlar sağladığını göstermiştir (Alloy ve ark., 2009).

Dürtüsellik bipolar bozuklukta da sık görülen kişilik özelliği olup, bir çok araştırmacı tarafından bipolar bozukluğun çekirdek belirtisi olduğu ve hastalığın farklı evrelerinde sabit seyrettiği bildirilmiştir (Strakowsky ve ark., 2010). Barrett ve arkadaşları dürtüselliğin üç bağımsız davranışsal etkenden oluştuğunu savunmuşlar; 1) Plansız dürtüsellik, örn., şimdiye odaklanma ve geleceği değerlendirmede başarısızlık; 2) Dürtüsel haraketlilik, örn., düşünmeden davranma; 3) Dikkat yoğunlaştırma ve sürdürmede zorluk, örn., dikkatin hızlı bir konudan diğerine kayması sonucu uygunsuz hızlı kararlar verme. Sonuç olarak dürtüsellik özellikleri yüksek olan bireylerde gelecekte daha büyük ödül kazanmak için peşin ödüllenmeyi erteleme beceresi düşük olmaktadır. Aynı zamanda disinhibisyon olarak bilinen anlık tepkilerin ertelenerek daha olgun bir tepki ortaya koyma becerisi de zayıftır. Dürtüselliğin bu üç bileşenin birbirinde bağımsız işlev gördüğü düşünülmektedir (Strakowsky ve ark., 2010).

Swann ve arkadaşları (2010) bipolar hastalarda dürtüsellik özelliklerini araştırdıkları çalışmada Eksen 2 tanısı olmayan 61 bipolar hasta, 34 antisosyal kişilik bozukluğu tanısı olan, 24 bipolar bozukluk ve antisosyal kişilik bozukluğu birlikteliği olan ve 78 sağlıklı kontrol grubunu Barratt Dürtüsellik ölçeğini (BIS-11) kullanarak karşılaştırmışlar. Çalışma sonucunda

impulsivite özellikleri bipolar bozuklukta antisosyal kişilik bozukluğu olan gruptan daha yüksekti, ve her iki grup kontrol grubundan daha yüksek bulunmuş. Tek başına bipolar bozukluğu olan grupla bipolar bozukluk ve antisosyal kişilik bozukluğu birlikteliği olan grup arasında anlamlı fark saptanmamış. Yazarlar daha önceki çalışmalardan farklı buldukları bu sonucu bu çalışmada bipolar I bozukluğu olanların alınmış olmasıyla açıklamışlar Bipolar grup içerisinde madde kullanım bozukluğu olanların dürtüsellik puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuş. Madde kullanım bozukluğu birlikteliği dürtüsellik skorlarıyla güçlü ilişki göstermesine rağmen antisosyal kişilik bozukluğu ve sınırda kişilik bozukğuyla daha zayıf ilişki göstermiştir. Antisosyal kişilik bozukluğu ve sınırda kişilik bozukğu intihar girişimi öyküsüyle güçlü ilişki göstermiştir. Eğitim düzeyiyle geçirilen manik epizod sayısı ve alkol dışı madde kullanım bozukluğu arasında negatif ilişki saptanmıştır (Swann ve ark., 2010)

Strakowsky ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada 108 bipolar I tanısı alan hasta üzerinde ödül yanıtı inhibisyonu ve dikkati ölçen bir sıra nöropsikolojik testler (stop signal task, a delayed reward task, continuous performance task) ve Barrett dürtüsellik ölçeği uygulanmıştır. Hastalar 1 yıl süren gözlem sonrasında tekrar aynı testlerden geçmişler. Yazarlar hastalık epizotları ve ötimi dönemlerinde hastaların test performanslarını karşılaştırdıklarında manik ve mikst epizod dönemlerinde her üç nöropsikiyatrik testte bozulma olduğunu ve hastalar depresyon ya da ötimi dönemlerine girdiklerinde düzelme sağlandığını gözlemlemişler. Barrett dürtüsellik ölçeği skorları mani döneminde yüksek bulunmuş, depresyon ve ötimi dönemlerinde de yüksek seyretmeğe devam etmiştir (Strakowsky ve ark., 2010).

2.5.2.Bipolar bozukluk, alkol-madde kullanım bozukluğu ve Cloninger'in kişilik kuramı

Cloninger mizaç ve karakter konusunda en çok çalışma yapan kişilerden biridir. Cloninger, mizaç ve karakter üzerine psikobiyolojik bir model geliştirmeye çalışmış ve belirli birincil habercilerin ve bunlarla ilgili genlerin spesifik mizaç özellikleri ile bağlantısı olduğunu savunmuştur. Bu modele uygun olacak şekilde gelistirdiği ilk ölçek olan Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği'nde (Tridimentional Personality Questionnaire-TPQ) birbirinden genetik olarak bağımsız ve her biri farklı birincil haberciler sistemi tarafından düzenlenen üç farklı mizaç özelliği tanımlamaktadır. Buna göre yenilik arayışı (novelty seeking) dopaminerjik, zarardan kaçınma

(harm avoidance) serotonerjik, ödül bağımlılığı (reward dependence) noradrenerjik dizge tarafından denetlenmektedir (Dragon ve ark., 1993, Akiskal 1987).

Cloninger, ilk başta ödül bağımlılığının bir alt grubu olarak düşündüğü sebat etmeyi (persistence), daha sonra ödül bağımlılığının diğer alt başlıkları ile bağlantılı olmadığını görünce, dördüncü mizaç grubu haline getirmiştir (Cloninger ve ark., 1993). Cloninger'e göre bu dört mizaç özelliği birbirinden genetik olarak bağımsızdır, yaşamın erken dönemlerinde şekillenir ve kişiliğin biyolojik temelini oluşturur.

Cloninger bu dört mizaç boyutundan oluşan bu özgün modelinin kişilik özelliklerini yeterince açıklamadığını gözlemleyerek üç karakter boyutu eklemiş ve ölçeğin ismini "Mizaç ve Karakter Anketi" (Temperament and Character Inventory;TCI) olarak değiştirmiştir (Cloninger ve ark., 1993). Böylelikle dört mizaç özelliğine ek olarak, erişkinlik döneminde olgunlaşan, kişisel ve sosyal etkinliği belirleyen üç karakter boyutu eklenmiştir; kendi kendini yönetme (self-directedness), iş birliği yapma (cooperativeness), kendini aşma (self-transcendence). Bu iki ölçek duygudurum bozukluklarında eşlik eden mizaç ve karakter özelliklerinin anlaşılması ve bağlantılı beyin alanları ve birincil haberciler sistemlerinin mizaçlarla ilişkisinin anlaşılmasına katkı sağlamaktadır.

Bipolar bozukluk hastalarında TCI ile yapılan çalışmalarda, kontrol grubu veya depresyon hastalarına göre bazı farklı mizaç ve karakter boyutları tespit edilmiştir. Literatürde genel olarak yüksek zarardan kaçınma (Loftus 2008, Strakowski ve ark., 1993, Nowakowska ve ark., 2005, Engstrom ve ark., 2004) ve yüksek yenilik arayışı skorları ve düşük ödül bağımlılığı (Young ve ark., 1995) tespit edilmiştir. Karakter alt boyunlarından ise kendini aşma skorlarının yüksek (Nowakowska ve ark., 2005), kendini yönetme skorlarının (Engstrom ve ark., 2004) ve sebat etme değerlerinin düşük olduğu bulunmuştur (Sayin ve ark 2007, Osher ve ark., 1996).

Bu konuda yapılan çalışmalara göre; yenilik arama ve ödül bağımlılığı, durumsal duygudurumdan bağımsızken, zarardan kaçınmanın duygudurum ve anksiyete düzeyinden etkilendiği gözlenmiştir (Svrakic ve ark., 1992). Depresyon durumunun, zarardan kaçınma ve işbirliği yapmayı azalttığı görülse de, hafif ve orta dereceli depresyonlarda Mizaç ve Karakter Ölçeği'nin depresyonun durumsal etkisinden etkilenmediği görülmüş ve bu sonuçlar TCI'nin, hafiften orta dereceye kadar olan depresyon hastalarında altta yatan kişilik yapısını gösterecek uygun bir araç olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Sato ve ark., 2001).

Bazı çalışmalarda zarardan kaçınmanın, majör depresyon ve bipolar bozukluğu olan hastaların kişilik özelliği olabileceği belirtilmiştir. Aynı zamanda bir atağın iyileşmesinden sonra bipolar ve unipolar hastalarda yüksek zarardan kaçınma, yenilik arayışı ve değişmeyen ödül bağımlılığı skorları bulunmuştur. Bazı çalışmalarda kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarının düşük olmasının duygudurum bozukluğu olan hastalarda komorbid kişilik bozukluğu ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Engstrom ve ark., 2004, Sato ve ark., 2001, 102, Richter ve ark., 2000, Lott ve ark., 1996).

TCI skorları açısından iki uçlu ve tek uçlu depresyonlu hastalar karşılaştırılmış; Zarardan kaçmanın her iki grupta da yüksek, sadece iki uçlu depresyonda yenilik arama yüksek, sebat etme düşük bulunmuştur. Yüksek yenilik arama skorlarının manik hastalarda işlevsel iyileşmeyi bozan veya klinik düzeye çıkmayan manik belirtileri sürdüren kişilik özelliklerini gösterdiği düşünülmüştür (Sayın ve ark. 2004).

Çalısmalarda özellikle yüksek yenilik arama skorlarının uzun süreli klinik izlemlerde kötü prognozun ve işlevsellikte bozulmanın bir göstergesi olabileceği (Strakowski ve ark., 1993), aynı zamanda epizod sayısının fazlalığı ve intihar girişimi oranının da yüksek zarardan kaçınma skorları ile korele olduğu dikkat çekmektedir (Sayın ve ark 2007,Osher ve ark., 1996).

TCI'nin özellikle karakter boyutlarının psikoz ve duygudurum bozukluklarının eşik altı sendrom biçimleri olabildiği veya bu durumlara yatkınlık yaratabildiği yorumu yapılmış ve hipertimik, siklotimik, irritabl ve depresif mizaç tipleriyle belirli Mizaç ve Karakter Ölçeği boyutlarının bağlantılı olduğu söylenmiştir (Cloninger ve ark., 1998). Depresyon hastalarındaki yüksek zarardan kaçınma, düşük işbirliği yapma ve kendi kendini yönetme puanlarının depresyon şiddetiyle ilişkisi olduğu gözlenmiştir (Hansenne ve ark., 1999). Akiskal'ın yaptığı 11 yıllık prospektif çalışma ile TCI'ın işbirliği yapma ve kendini aşma skorları yüksek olan depresyonlu hastalarda bu skorları düşük olan hastalara göre hipomani geliştirme ihtimallerinin daha yüksek olması, hipotezi destekler niteliktedir (Hansenne ve ark., 1999).

Bipolar bozuklukta mizaç ve karakterin hastalık başlangıç yaşını etkileyip etkilemediğini incelemek için bipolar bozukluk tip-I ve tip-II tanılı lityum ile tedavi edilen 100 hastaya ve 100 kontrole TCI uygulanmıştır. Erken baslangıçlı hastalarda, geç başlangıçlılara göre, tedaviye yanıt daha az, aile öyküsü ve intihar girişimi daha fazla bulunmuştur. Erken başlangıçlı hastalarda

zarardan kaçınma skorları geç başlangıçlılara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Mizaçtaki yüksek anksiyetenin hastalığın erken başlangıçlı olmasına yatkınlık sağlayabileceği belirtilmiştir (Engstrom 2003).

Almeida K.M. ve arkadaşlarının (2011) 67 ötimik bipolar hasta, 67 bipolar bozukluk tanısı olmayan kardeşleri ve 70 sağlıklı kontrolü karakter ve mizaç özellikleri açısından karşılaştırdıkları çalışmada bipolar hasta grubunun sağlıklı kontrole gore yenilik arayışı ve zarardan kaçınma puanlarının daha yüksek olduğunu, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu tespit etmişler

Shay T. Loftus ve arkadaşları (2008) .tarafından 85 ötimik bipolar I ve 85 cinsiyyet ve yaş açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubu TCI parametreleri açısından karşılaştırıldığı çalışmada bipolar grubun zarardan kaçınma ve kendini aşma skorlarının daha yüksek, kendini yönetme skorlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir.

Sayın ve arkadaşlarının (2007) yaptığı 90 ötimik bipolar ve aynı sayıda yaş ve cinsiyyet açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubunun TCI parametreleri açısından karşılaştırılmasında hasta grubunun kendini yönetme ve işbirliği skorları açısından anlamlı olarak daha düşük oldukları bildirilmiştir.

Cloninger alkolizmin iki alt tipi olduğunu savunmuştur ve bunları tip I ve tip II alkolizm olarak adlandırmıştır. Ancak bütün alkol bağımlılarının mutlaka bu iki gruptan birine girmesi gerektiği anlaşılmamalıdır. Bu iki tip, uç alt grupları temsil ederler ve alkoliklerin geri kalan büyük kısmı bu iki uç arasında yer alırlar (Sayın ve ark. 2004).

Tip I alkolizmin 25 yaşından sonra başladığı, hem kadınlarda hem de erkeklerde görülebilen, göreceli olarak hafif düzeylerdeki ve alkole bağlı şiddet veya tutuklanmaların nadiren olduğu bir uçtur. Bu çerçeveden bakılırsa tip I alkoliklerin aşırı ödüle bağımlı, zarar gelebilecek durumlardan kaçınan fakat yeniliğe ve olayların değişimine karşı daha tepkili bireyler olduğu düşünülmektedir. Alkolik olmaktan suçluluk ve korku duymalarına rağmen içerler; antisosyal değildirler, olaya veya şiddete genellikle neden olmazlar. Kişilik yapıları pasif bağımlı kişilik yapısına uyar. Başkalarına duygusal olarak bağımlı, yardım edici, sempatik, kötümser, düzenli, ayrıntılara dikkat eden, sebatkar ve maceradan hoşlanmayan kimselerdir. Tip I alkolizm ortamla sınırlıdır (Sayın ve ark. 2004).

Tip II alkolizm ucundaki bireyler tipik olarak erkektir ve alkol probleminin başlangıcı daha erkendir (genellikle 25 yaşından önce başlar). Alkollü veya alkolsüz şiddet öyküsü fazladır. Daha fazla ilaç kullanımı vardır. Sosyal desteğe az ihtiyaç gösteren, yenilik arayışı yüksek, nadiren zarardan kaçınan bir kişilik profilleri vardır. Bu tür bağımlılar alkolden uzun süre uzak durabilirler fakat bir kez başladıklarında aşırı miktarda alırlar, alkol almayı kesemezler ve kadehi kaldıramaz duruma gelene kadar içerler (kontrolü yitirme davranışı). İlk tipin aksine alkole olan psişik bağımlılıkları belirgin değildir. İçme krizi esnasında olaya ve şiddete sıklıkla neden olurlar. Antisosyal kişilik yapısına sahiptirler. Atak, dürtüsel, düzensiz, çevreye önem vermeyen, soğuk, pervasız, sebatsız ve macera sever kişilerdir. Tip II alkolizmde genetik yatkınlık tip I'dekinden daha belirgindir ve tip II alkolizm hemen hemen yalnızca erkeklerde görülür (male-limited). Son yıllarda tip II de A ve B alt tiplerine ayırt edilmiş olup, B tipinin klinik gidişinin antisosyal kişilik bozukluğuna benzerlik gösterdiği ileri sürülmüştür. Tip II alkolizm insan öldürme davranışının artmasına neden olan en önemli psikiyatrik rahatsızlıktır. Bu tip erken başlangıçlı alkolizm ve dürtüsel-saldırgan davranış merkezi sinir sisteminin serotonerjik nöronal işlev bozukluğu ile ilişkilidir (Sayın ve ark. 2004)

Basiaux ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir çalışmada 38 alkol bağımlısı hasta ve 47 sağlıklı gönüllülerden oluşan control grubu TCI parametreleri açısından karşılaştırıldığında hasta grubunda yenilik arayışı puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek, kendini yönetme puanlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir

O Le Bon ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada eroin bağımlılığı olan ve alkol bağımlılığı olan 2 ayrı grup sağlıklı control grubuyla karşılaştırılmış, ve her iki grubun yenilik arayışı puanlarının kontrole gore anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir

Hosak ve arkadaşlarının (2004) cinsiyet ve yaş açısından farklılaşmayan 41 kişilik metamfetamin kullanım bozukluğu olan hasta grubuyla 35 kişilik sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunu TCI parametreleri açısından karşılaştırdıkları çalışmada hasta grubunun yenilik arayışı, zarardan kaçınma ve kendini aşma skorlarını anlamlı düzeyde daha yüksek, sebat etme, kendini yönetme, işbirliği yapma puanlarını anlamlı düzeyde daha düşük bulmuşlardır.

Akvardar. ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada 31 alkol kullanım bozukluğu olan hasta aynı sayıda sağlıklı kontrollerle TCI parametreleri açısından karşılaştırılmıştır. Hasta

grubu yenilik arayışı, zarardan kaçınma boyutlarında kontrol grubundan daha yüksek, sebat etme ve kendini yönetme boyutunda ise anlamlı düzeyde daha düşük puan almışlardır.

Bipolar hastalarda alkol madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan gruplarda TCI parametrelerinin karşılaştırılması Gonzalo ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada araştırmacılar iki grup arasında yenilik arayışı boyutunda madde kullanım bozukluğu olan grup lehine anlamlı fark saptamışlar ve lojistik regresyon analiziyle yenilik arayışının bipolar bozuklukta alkol madde kullanım bozukluğunu belirleyen temel mizaç özelliği olduğunu bildirmişlerdir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Örneklem Seçimi:

3.1.1Bipolar bozukluk grubu:

Bu çalışmaya Kasım 2012-Ekim 2013 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde Bipolar Bozukluk (Bipolar Bozukluk I ve II) tanısı ile tedavi görmekte olan, 18 yaş üzeri ve ötimik olan kadın ve erkek hastalar alındı. Hastalar poliklinik kontrolüne geldiklerinde, yüz yüze görüşülerek araştırma hakkında sözel bilgi verildi. Çalışmaya katılmakisteyenlere bilgilendirilmiş onam formu verilerek yazılı olarak onay veren hastalar araştırmaya alındı. Görüşmelerin tümü araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile poliklinik şartlarında ortalama 45-60 dakika arasında yapıldı. Sosyodemografik bilgi, bipolar bozuklukla ilgili özellikler ve sigara, alkol, madde kullanımına ilişkin soruların yer aldığı görüşme formu uygulandı. Hastalara araştırmacı tarafından SCID-I yapılandırılmış görüşme çizelgesi uygulanarak bipolar bozukluk tanısı tekrar değerlendirildi ve alkol-madde kullanım bozukluğu tanısı araştırıldı. Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, tıbbi durum ve madde kullanımına bağlı bipolar bozukluk tanısı alan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği uygulanarak depresif ve manik atak için kesme (cut-off) puanı üzerinde olan hastalar çalışmaya alınmadı. Alkol kullanımı olan hastalara Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT-AUDIT) uygulandı. Hasta ve hasta yakınları ile yapılan klinik görüsmede Hasta Sosyo-Demografik Bilgi ve Görüşme Formu uygulanarak ve hastalara ait takip dosyalarından hastaların sosyodemografik ve klinik verisi tamamlandı. Örneklem grubuna görüşme sonrasında Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory, TCI) uygulandı.

İçleme kriterleri:

1. 18 yaşın üzerinde olmak
2. Araştırmaya katılmayı kabul etmek

3. DSM IV-TR tanı kriterlerine göre, bipolar bozukluk (Bipolar Bozukluk I ve II) tanısı almış olmak
4. Ötimik dönemde bulunmak

Dışlama kriterleri:
1. Anlamlı iletişim kuramayacak düzeyde kognitif yetersizliği olanlar
2. Ölçekleri yapabilecek düzeyde eğitimi olmayanlar
3. Araştırmaya katılmaya engel teşkil edebilecek ciddi tıbbi durumlar
4. Demans, şizofreni, şizoaffektif bozukluk tanıları, tıbbi duruma ve madde kullanımına bağlı gelişen bipolar bozukluk tanısı
6. Çalışma sırasında manik, karma veya depresif epizod döneminde olan hastalar

3.1.2.Kontrol grubu:

Kontrol grubu Marmara Üniniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları polikliniğine başvuranlar ve hastane çalışanları arasından seçildi. Kontrol grubu ile klinik görüşme yapılarak aktif psikiyatrik şikayet ve yaşamboyu herhangi psikiyatrik hastalık öyküsü ve psikotrop ilaç kullanımı olmaması araştırıldı. Hasta ve kontrol grubu yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eşleştirildi. Kontrol grubuna da Mizaç ve Karakter Envanteri (temperament and character inventory, TCI) uygulandı.

3.2 Değerlendirme:

3.2.1.Klinisyen tarafından yapılan değerlendirme:

Genel psikiyatrik değerlendirme ve tanıların saptanması için Hasta Değerlendirme Formu ve DSM IV Bipolar Bozukluk ve Alkol-Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı kriterleri temel alındı. Araştırmaya alınan hastalarla yapılan görüşmede sosyodemografik bilgi formu doldurulduu, hastaların psikiyatrik tanıları SCID-1 kullanılarak konuldu, buna ek olarak MADRS ve Young Mani Derecelendirme ölçeği kullanılarak ötimik duygudurum belirlendi. Şizofreni tanısı alan bir, tıbbi duruma ve antidepresan tedavisine bağlı gelişen ilk manik epizod tespit edilen dört hasta, MADRS puanı 8 üzerinde olan bipolar grubunda iki hasta ve kontrol grubunda bir kişi çalışma dışında bırakıldı.

Alkol kullanımı olan hastalara CAGE ve Alkol Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi (AUDIT) uygulandı. Bipolar ve kontrol grubunda alkol ve madde kullananlarda alkol ve madde kullanım bozukluğunun araştırılması için SCID-1 görüşmesi yapıldı.

Değerlendirme sırasında erkekler için tek oturuşta 5 standart, haftalık 14 standard içkinin üzerinde, kadınlarda tek oturuşta 4 standart, haftalık 7 standart içkinin üzerinde alkol kullanımı riskli kullanım olarak değerlendirildi (Akvardar 2003).

3.2.2.Değerlendirme Araçları

Hasta Sosyo-Demografik Bilgi ve Görüşme Formu

Çalışmada kullanılan ve tarafımızdan hazırlanan sosyo-demografik veri toplama formunda hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sosyo ekonomik durumu, mesleği, psikiyatrik hastalık başlama yaşı, epizot sayısı, hastaneye yatış sayısı, alkol –madde kullanımı ile ilgili sorular ayrıntılı olarak bu bölümde anlatılacak yer almaktaydı.

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

DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I),majör DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme formudur. Yapılandırılmış görüşmeler değerlendirme sürecinin standardizasyonu ile tanının güvenilirliğinin arttırılması, DSM-IV tanı ölçütlerinin uygulanmasını kolaylaştırması ile tanıların geçerliliğinin artırılması, aksi takdirde gözden kaçabilecek bazı semptomların sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir.

Toplam 38 farklı DSM-IV Eksen I bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 ayrı Eksen I bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. SCID-I diğer birçok yapılandırılmış görüşmenin tersine klinik tanı konmak üzere yapılan görüşme temel alınarak hazırlanmıştır. Eksen I tanısı için, herhangi bir zaman ve son bir ay içinde semptomların varlığını ya da yokluğunu saptar. SCID-I'in Türkçe'ye uyarlama ve güvenirlik çalısması Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMÖ)

11 maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi içeren bir ölçektir. Beşinci, altıncı, sekizinci ve dokuzuncu maddelere, iletişime girilmesi güç olan hastaların daha iyi ayırdedilmesi için iki katı ağırlık verilmiştir. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMÖ) duygudurum bozukluğu klinik çalışmalarında en sık kullanılan ölçektir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması F. Karadağ ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır.

Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği (MADRS)

Hastada depresyonun çekirdek belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini ölçen, görüşmeci tarafından değerlendirilen bir ölçektir. İlaç tedavisi çalışmalarında, değişimi diğer depresyon değerlendirme ölçeklerine kıyasla daha hassas olarak ölçer. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Torun ve arkadaşları (2002) tarafından yapılmıştır.

Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT-AUDIT)

Alkol tüketimi ve alkole ilişkin sorunları saptayan 10 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin ilk üç sorusu tehlikeli alkol kullanımını, 4., 5. ve 6. sorular bağımlılık belirtilerini, son dört soru zararlı alkol kullanımını göstermektedir. Ölçek toplam puanı 40 olup populasyon çalışmalarında 4-11 arasında değişen farklı kesme noktaları bulunmakla birlikte önerilen kesme noktası erkeklerde 8, kadınlarda 4'tür. AKBTT için önerilen kesme noktası alkolden zarar görme düzeyini belirler.

Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi'nin Türkçe düzenlenmiş şeklinin geçerlilik ve güvenilirliği Saatçioğlu ve arkadaşları (2002) tarafından yapılmıştır.

CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener)

Alkol kullanım bozukluğu olan bireyleri ayırt etmek amacıyla geliştirilmiş, dört sorudan oluşan, kısa ve basit bir testtir (Ewing 1984). Kesme noktası 1 olarak önerilmektedir.

Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI)

Cloninger kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiyolojik kişilik modeli geliştirmiştir. Mizaç boyutu Yenilik Arayışı (NS), Zarardan Kaçınma (HA), Ödül Bağımlılığı (RD) ve Sebat Etme (P); karakter boyutu ise, Kendini Yönetme (SD), İş Birliği Yapma (C) ve Kendini Aşma (ST) alt ölçeklerinden oluşur. Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI) kişiliğin yedi temel boyutunu ölçmeye yarayan, 240 maddeden oluşan "Doğru" ya da "Yanlış" şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. TCI önceden geliştirilmiş kişilik modellerini kuramsal ve ampirik açıdan desteklerken, klinik kullanımdaki sınırlılıkları da ortadan kaldırmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Köse ve ark. tarafından 2004 yılında yapılmıştır.

3.3 Araştırma değişkenleri ve istatiksel yöntem

İlk bölümde bipolar bozukluk tanısı olma ya da sağlıklı olma bağımlı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, sigara,alkol ve madde kullanım özellikleri ve TCI parametreleri bağımsız değişken olarak alınmıştır. İkinci bölümde alkol ve madde kullanım bozukluğu eştanısı olması veya olmaması bağımlı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, sigara,alkol ve madde kullanım özellikleri ve TCI parametreleri bağımsız değişken olarak alınmıştır.

İstatistiksel analizler için SPSS (ver.16.01) programı kullanılmıstır Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, ortanca, sıklık, oran) yanısıra sürekli veri gruplar arası karşılaştırılmasında Student's T-test ya da Mann Whitney U test kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi ve Fisher's Exact test kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendi.

4.BULGULAR

4.1.Sosyo demografik özellikler

Çalısmaya uygunluk ölçütlerini karşılayan toplam 131 kişi alındı. Bipolar hasta grubu 65 kişi, kontrol grubu 66 kişidir, yaşları 24- 67 arasındadır. Gruplar cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi açısından eşleştirildi. Bipolar grubun yaş ortalaması 40.08±12.6, kontrol grubunun yaş ortalaması 39.58±8.9 idi. Bipolar grubunda bireylerin % 33.8'i (n=22) erkek, % 66.2'si (n=43) kadındı. Kontrol grubunda bireylerin %33.3'ü (n=22) erkek, %66.7'si (n=44) kadındı. Grupların yaş ve cinsiyet özellikleri benzer olmasına rağmen bipolar grubunda bekar bireylerin oranı anlamlı derecede yüksekti (p=0,02). Grupların eğitim, medeni durum ve sosyoekonomik durum gibi sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmştir.

Tablo 1. Örneklem Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

		Bipolar		**Kontrol**	
Sosyodemografik özellikler		n	%	N	%
Cinsiyet	Kadın	43	(66.2)	44	(66.7)
	Erkek	22	(33.8)	22	(33.3)
Medeni Durumu	Evli	25	(38.5)	42	(63.6)
	Bekar	26	(40.0)	12	(18. 2)
	Boşanmış	12	(18.5)	10	(15. 2)
	Dul	2	(3.0)	2	(3.0)
Eğitim Düzeyi	Ilkokul	4	(6.2)	4	(6.1)
	Ortaokul	6	(9.2)	5	(7.6)
	Lise	9	(13.8)	13	(19.7)
	Üniversite	44	(67.7)	42	(63.6)
	Yükseklisans	2	(3.1)	2	(3.0)
Sosyoekonomik Durum	Alt	8	(12.3)	8	(12.1)
	Orta	34	(52.3)	34	(51.5)
	Üst	23	(35.4)	24	(36.4)
Kiminle yaşıyor	Ailesiyle	54	(83.1)	60	(90.9)
	Yalnız	9	(13.8)	5	(7.6)
	Arkadaşla	2	(3.1)	1	(1.5)

4.2.Klinik özellikler

Bipolar bozukluk hastalarının % 89.2'si bipolar bozukluk tip-I (n=58), % 10.8'i hasta ise bipolar bozukluk tip-II (n=7) dir. İlk atağın sıklıkla depresyon (n=33, %50.8) olduğu görülmektedir. Bunu manik atak, karma atak ve hipomani atağı izlemektedir. DSM-IV-TR kriterleri kullanılarak epizod şiddeti incelendiğinde epizodların %50'den fazlasının hangi şiddette seyrettiği göz önüne alınarak epizod şiddeti hafif, orta ve şiddetli olarak değerlendirilmiştir. Hastaların % 61.5'i epizod şiddetini 'şiddetli olarak belirtti (Tablo 2a.).

Tablo 2a. Bipolar hastaların Klinik Özellikleri

N=65		N	%
Polarite	BP I	58	(89.2)
	BP II	7	(10.8)
İlk epizod tipi	Mani	27	(41.5)
	Hipomani	1	(1.5)
	Depresyon	33	(50.8)
	Mikst	4	(6.2)
Epizod Şiddeti	Hafif	1	(1.5)
	Orta	24	(36.9)
	Şiddetli	40	(61.5)
Suisid girişim sayısı	Hiç	44	(67.7)
	Bir kez	12	(18.5)
	Çoğul	9	(13.8)
Mevsimsel Özellik	Yok	45	(69.2)
	Var	20	(30.8)
Hızlı Döngü	Yok	61	(93.8)
	Var	4	(6.2)

Tablo 2b'de hastalarda hastalık başlama yaşı, toplam hospitalizasyon sayısı, epizotların psikososyal stresle ilişkisi ve epizodların psikotiklik oranı gösterilmektedir. Hastalığın başlangıç yaşı 14-51 yaş arasındadır. Hastaların epizod sayısı 2-40 arasındadır. Hastane yatış sayıları 0-12 arasındadır. Hastalarda epizod öncesinde tetikleyici unsur olabilecek 'önemli' yaşam olayı (yakınların ölümü, hastalık, kaza, iş kaybı gibi) sorgulandı ve epizodların yüzde kaçında bu olayların öncülük ettiği belirlendi. Geçirilmiş tüm epizodlar sırasında psikotik bulguların varlığı sorgulanarak, toplam epizod sayısına oranı belirlendi.

Tablo 2b. Bipolar Grubun Klinik Özellikleri

N=65	Ortanca	(min-max)
Hastalık başlama yaşı	24.0	14-51
Epizod sayısı	7.0	2-40
Hastaneye yatış sayısı	1.0	0-12
Psikososyal stres-atak ilişkisi	%33.0	%0-100
Psikotiklik Oranı	%30.0	%0-100

Bipolar hasta grubu ve kontrol grubunun 1. derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü karşılaştırıldığında; bipolar grubu ailelerinde bipolar bozukluk görülme sıklığı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta ve Kontrol Grubu Ailelerinde Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

	Bipolar grubu (n=65)		**Kontrol grubu** (n=66)		
	n	%	n	%	p
Alkol kullanım bozukluğu	15	(23.1)	9	(13.6)	.163
Madde kullanım bozukluğu	2	(3.1)	1	(1.5)	.619
Bipolar bozukluk öyküsü	7	(10.8)	1	(1.5)	**.027***
Unipolar Depresyon öyküsü	21	(32.3)	12	(18.2)	.063
Şizofreni öyksü	4	(6.2)	1	(1.5)	.208*
İntihar öyküsü	7	(10.8)	3	(4.5)	.256*

*Fisher's exact test

4.3.Sigara, alkol ve madde kullanım özellikleri

Yaşamboyu düzenli (hergün) sigara kullanımı bipolar grupta %61.5 (n=40), kontrol grubunda %50'dir (n=33). Son bir ayda sigara içilen gün sayısı araştırıldığında bipolar grupta 28 (%43.1), kontrol grubunda 16 (%24.2) kişide hergün kullanım saptandı. (Tablo 4)

Tablo 4. Bipolar ve Kontrol grubunda sigara kullanma özellikleri

	Bipolar		**Kontrol**		
	n	%	n	%	p
Yaşamboyu düzenli sigara kullanımı	40	(61.5)	33	(50)	.186
Son bir ayda her gün sigara kullanımı	31	(47.7)	20	(30.2)	**.005**
Sigara bırakma	9	(13.8)	13	(19.7)	**.042**

	Bipolar (Ortalama±SS)	**Kontrol** (Ortalama±SS)	P
Başlama yaşı (ortalama±SS)	21.2±5.3	21.6±5.4	.715
Günlük içilen sigara sayısı (min-max)	19.6±10.7 4-50	14.1±8.1 5-40	.076

Yaşamboyu alkol kullanımı hasta grubunda %75.4 (n=49), kontrol grubunda %54.5'dir (n=36). Son dönemdeki en sık alkol kullanım sıklığı her iki grupta da ayda birden azdır. Bunu sırasıyla bipolar grubunda haftada bir kullanım, kontrol grubunda ayda bir kullanım takip ediyordu. Her iki grupta da ilk içilen içki çoğunlukla biraydı (Tablo 5a).

Tablo 5a. Bipolar ve Kontrol grubunda alkol kullanımı özellikleri

	Bipolar		**Kontrol**		
Alkol kullanımı	n	%	n	%	p
Alkol kullanımı yok	16	(24.6)	30	(45.5)	**.012**
Alkol kullanımı var	49	(75.4)	36	(54.5)	
Haftada 1	11	(16.9)	5	(7.6)	
Haftada 2	4	(6.2)	3	(4.5)	
Haftada 3	4	(6.2)	2	(3.0)	
Haftada 4 ve daha fazla	0	(0)	1	(1.5)	
Ayda 1	4	(6.29	7	(10.6)	
Ayda birden az	26	(40)	18	(27.3)	
	Bipolar		**Kontrol**		
İlk içilen içki	n	%	n	%	
Bira	30	(46.2)	17	(25.8)	
Şarap	9	(13.8)	8	(12.1)	
Yüksek dereceli	10	(15.4)	11	(16.7)	

CAGE puanı ≥1 riskli alkol kullanımı kabul edildiğinde bipolar grupta yaşamboyu riskli alkol kullanımı anlamlı düzeyde yüksekti (p=.001). Kadın hastalarda AUDIT puanı ≥4 riskli kullanım olarak alındığında bipolar grupta kadınlarda riskli alkol kullanımı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu (p=.007).

Klinik değerlendirme sırasında erkekler için tek oturuşta 5 standart, haftalık 14 standard içkinin üzerinde, kadınlarda tek oturuşta 4 standart, haftalık 7 standart içkinin üzerinde alkol kullanımı riskli kullanım olarak değerlendirildi. Bipolar grupta %16.3 (n=8), kontrol grubunda %8.3 (n=3) oranında riskli kullanım belirlendi.(Tablo 5b).

Tablo 5b. Bipolar ve kontrol grubunda alkol kullanımı özellikleri

Alkol kullanımı özellikleri	**Bipolar** (n=49) Ortalama±SS	**Kontrol** (n=36) Ortalama±SS	p
Ortalama bir günde içilen içki sayısı (standart içki) min-max	2.8±2.1 1-10	3.42±2.5 1-12	.953
Bir oturuşta en fazla içilen içki sayısı (standart içki) min-max	6.6±4.8 1-25	6.5±5.1 1-20	.223
AUDIT toplam skoru min-max	4.6±5.5 0-24	2.8±3.9 0-22	.099
CAGE toplam skoru min-max	1.3±1.3 0-4	0.94±1.3 0-4	.192
	Bipolar (n=49) n (%)	**Kontrol** (n=36) n (%)	
Film kopması (Blackout)	8 %16.3	5 %13.8	.419
Riskli kullanım (standart içki)	8 %16.3	3 %8.3	
CAGE ≥ 1	31 %47.7	14 21.2	001
AUDIT ≥4 (kadın hastalarda)	11 %25.6	2 %4.5	.007*
Hastalık epizotları döneminde alkol kullanımında artış	14 %28.6	-	

*Fisher's exact test

Yaşamboyu madde kullanımı bipolar grupta %33.8 (n=22), kontrol grubunda %7.5 (n=5) oranında belirlendi. Yasal olmayan maddeler içinde en sık kullanılan esrardı. Bipolar grubunda esrar dışında ekstazi, kokain, mantar, bali ve benzodiazepin kullanımı vardı. Bipolar grubunda alkol kullanimi olan bireylerin %28.6'sında (n=14) hastalık epizotları döneminde alkol kullanımının, madde kullanımı olanların %31.8'inde (n=7) ise madde kullanımının belirgin arttığı belirlenmiştir (Tablo 5c).

Tablo 5c. Bipolar ve Kontrol grubunda madde kullanımı özellikleri

	Bipolar		**Kontrol**	
	n	%	n	%
Yaşamboyu madde kullanımı	22	(33.8)	5	(7.5)
Sadece esrar	14	(21.5)	5	(7.5)
Sadece bali	1	(1.5)	0	(0.0)
Çoğul madde	7	(10.8)	0	(0.0)
Hastalık epizodları döneminde madde kullanımında artış	7	(31.8)	0	(0.0)

Yaşamboyu alkol-madde kullanım bozukluğu araştırıldığında hasta grubunda en sık nikotin bağımlılığı olmak üzere sırasıyla alkol kullanım bozukluğu (kötüye kullanım ve bağımlılık), esrar kullanım bozukluğu ve çoğul madde kullanım bozukluğu saptanmıştır (Tablo 6).

Kontrol grubunda yaşamboyu madde kullanım bozukluğu içerisinde yine en sık nikotin, ardından alkol kullanım bozukluğu saptanmıştır. Bipolar ve kontrol grubu alkol ve madde kullanım bozukluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ayrışıyordu. Kontrol grubunda erkekler arasında alkol ve madde kullanım bozukluğu kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p=.005, Fisher's Exact test). Bipolar grubunda da alkol ve madde kullanım bozukluğu erkeklerde daha sık görülmekteydi, ancak fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi.

Tablo 6. Hasta ve Kontrol Grubunda Yaşamboyu Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu

	Bipolar		Kontrol		
	n	%	n	%	p
Yaşamboyu nikotin bağımlılığı	40	(38.5)	33	(50)	.184
Yaşamboyu alkol kullanım bozukluğu	15	(23.1)	9	(13.6)	**.042**
Yaşamboyu diğer madde kullanım bozukluğu	11	(16.9)	0	(0.0)	**.003**

4.4.Karakter ve mizaç özellikleri

Bipolar ve kontrol gruplarında karakter ve mizaç boyutları değerleri karşılaştırıldı. Yenilik arayışı boyutunda ve alt grubu olan Düzensizlik puanlarında bipolar grupta istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptandı. Zarardan kaçınma boyutu ve alt grupları olan Beklenti Endişesi ve Dermansızlık puanlarında da bipolar grubu kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. Sebat etme boyutu puanları bipolar grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü. Kendini yönetme boyutu ve alt grupları olan Amaçlılık, Beceriklilik ve Uyumlu ikincil huylar puanları ve iş birliği yapma boyutu ve alt grubu olan Sosyal onaylanma puanlarında da bipolar grupta anlamlı düşüklük bulundu. Kendini aşma boyutu alt grupları olan Kişiler ötesi özdeşim ve Manevi kabullenme puanları da bipolar hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü. Toplam Kendini aşma puanları arasındaysa istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 7).

Tablo 7. Bipolar ve kontrol gruplarında TCI puanları karşılaştırılması

	Bipolar Ortalama ± SS	Kontrol Ortalama ± SS	p
Yenilik Arayışı	19.6±5.4	17.4±4.7	.029
Keşfetmekten heyecan duyma	6.2±2.1	6.1±1.7	.738
Dürtüsellik	4.3±2.3	3.7±1.9	.130
Savurganlık	4.8±2.3	4.6±2.0	.621
Düzensizlik	4.3±1.8	3.0±1.4	.000
Zarardan Kaçınma	20.1±6.3	16.1±5.6	.001
Beklenti endişesi	6.7±2.5	5.3±2.2	.004
Belirsizlik korkusu	4.6±1.5	4.5±1.8	.629
Yabancılardan çekinme	3.6±2.2	3.4±2.3	.686
Dermansızlık	5.2±2.3	2.9±2.1	.000
Ödül Bağımlılığı	14.6±2.6	14.5±2.7	.823
Duygusallık	6.9±1.6	7.1±1.5	.404
Bağlanma	4.9±1.6	4.5±1.6	.188
Bağımlılık	2.8±1.6	2.8±1.4	.857
Sebat etme puanı	3.6±1.7	4.7±1.7	.002
Kendini yönetme	27.5±7.2	30.3±6.3	.043
Sorumluluk alma	4.9±2.0	5.3±1.9	.389
Amaçlılık	5.1±2.0	6.0±1.3	.012
Beceriklilik	2.7±1.5	3.3±1.2	.029
Kendini kabullenme	6.6±2.8	6.5±2.4	.962
Uyumlu ikincil huylar	8.2±2.4	9.2±2.0	.031
İşbirliği yapma	28.8±5.4	31.5±4.4	.006
Sosyal onaylama	5.8±1.5	6.5±1.3	.009
Empati duyma	4.2±1.5	4.7±1.4	.084
Yardımseverlik	4.7±1.4	5.1±1.6	.206
Acıma	7.3±2.4	8.1±2.0	.081
Erdemlilik-vicdanlılık	6.9±1.3	7.2±1.1	.264
Kendini Aşma	15.4±6.1	17.4±5.3	.082
Kendilik kaybı	5.3±2.4	5.0±2.2	.508
Kişiler ötesi özdeşim	3.7±2.4	4.8±2.3	.021
Manevi kabullenme	6.4±2.9	7.6±2.4	.022

Bipolar grubu yaşam boyu alkol kullanımı olan (n=39) ve olmayanlar (n=10) şeklinde iki gruba ayrıştıralarak TCI puanları karşılaştırıldı. Alkol kullanımı olan grubun (14.3±3.3) eğitim süresi olmayan gruba (11.2±4.2) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p=.003). Alkol kullanımı olan grup (39.3±10.1) olamayan gruba göre (42.3±10.1) daha gençti ve birinci derece akrabalarda daha sık sorunlu alkol kullanımı görülmekteydi, ancak aradakı farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi (sırasıyla p=.326 ve p=.066) . Cinsiyet, sosyoekonomik durum ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, bipolar bozukluk başlama yaşı, toplam epizod ve hospitalizasyon sayısı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu.

Yenilik arayışı boyutunda alkol kullanımı olan grup (20.3±5.7) alkol kullanımı olmayan gruba (16.6±2.4) göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştır (p=.048). Düzensizlik alt grubunda da alkol kullanımı olan grupta (4.7±1.8) olmayan gruba (2.8±1.0) göre anlamlı yükseklik vardı (p=.003. Diğer özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

4.5.Alkol-madde kullanım bozukluğu olan Bipolar hastalarda kişilik özellikleri:

Bipolar grubu DSM IV-TR'ye göre hem alkol hem de madde kullanım bozukluğu eştanısı alanlar (n=16) ve almayanlar (n=33) şeklinde iki grup oluşturuldu. Komorbiditesi olan grupta ailede sorunlu alkol kullanım öyküsü anlamlı düzeyde daha yüksek (p=.011), epizodlar arası dönemde klinik semptomlarda tam düzelme daha azdı (p=.045). Alkol ve madde kullanım bozukluğu komorbiditesi olan grubun yaş ortalaması daha düşüktü, eğitim süresi daha yüksekti, ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0.05). Sosyoekonomik durum, medeni durum, eğitim süresi, bipolar bozukluk başlama yaşı, toplam epizod sayısı ve hospitalizasyon sayısı, intihar grişim sayısı, ailede unipolar depresyon, bipolar bozukluk, madde kullanım bozukluğu ve şizofreni öyküsü gibi özelliklerde de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 8a ve 8b)

Tablo 8a. Bipolar hastalarda alkol madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan grubun sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

		Alkol-madde kullanım bozukluğu olan n=18	%	Alkol-madde kullanım bozukluğu olmayan n=47	%	P
Cinsiyet	Kadın	9	(50)	34	(72.3)	.089
	Erkek	9	(50)	13	(27.7)	
Medeni Durumu	Evli	5	(27.8)	20	(42.6)	.273
	Evli değil	13	(72.2)	27	(57.4)	
Sosyoekonomik Durum	Alt	2	(12.3)	6	(12.8)	
	Orta	9	(52.3)	25	(53.2)	
	Üst	7	(35.4)	16	(34.0)	
Eğitim yılı (Ortalama±SS)			14.7±2.1		13.1±4.1	.051
Polarite	BP I	14	(77.8)	44	(93.6)	.086*
	BPII	4	(22.2)	3	(6.4)	
İlk epizod tipi	Mani	7	(38.9)	20	(42.6)	
	Hipomani	0	(0.0)	1	(2.1)	
	Depresyon	11	(61.1)	22	(46.8)	
	Mikst	0	(0.0)	4	(8.5)	
Suisid girişim sayısı	Yok	12	(66.7)	32	(68.1)	.913
	Var	6	(33.3)	15	(31.9)	
Tedavi sonrası zemin düzelmesi	Tam	14	(77.8)	45	(95.7)	**.045***
	Kısmi	4	(22.2)	2	(4.3)	

*Fisher's exact test

Tablo 8b. Bipolar hastalarda alkol-madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan grubun Ailelerinde Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

	Alkol-madde kullanım bozukluğu olan n=18	%	Alkol-madde kullanım bozukluğu olmayan n=47	%	p
Alkol kullanım bozukluğu	8	(44.4)	7	(14.9)	**.011**
Bipolar bozukluk öyküsü	2	(11.1)	5	(10.6)	1.00*****
Unipolar Depresyon öyküsü	5	(27.8)	16	(34.0)	.770*
Şizofreni öyksüü	0	(0.0)	4	(8.5)	.569*
İntihar öyküsü	1	(5.6)	6	(12.8)	.663*

*Fisher's exact test

Yenilik arayışı boyutu (p=.003) ve alt gruplar, Dürtüsellik (p=.002), Savurganlık (p=.047), Düzensizlik (p=.001) puanları alkol-madde kullanım bozukluğu komorbiditesi olan grupta anlamlı düzeyde yüksekti. Zarardan kaçınma alt grubu olan Yabancılardan çekinme alt grup puanı alkol-madde kullanım bozukluğu olan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p=.028). Ödül bağımlılığı ve Sebat etme puanları arasında anlamlı fark tespit edilmedi. Kendini yönetme boyutu (p=.004) ve alt grupları olan Beceriklilik (p=.013) ve Uyumlu ikincil huylar (p=.000) ve puanları alkol ve madde kullanım bozukluğu olan grupta anlamlı düzeyde düşüktü. İşbirliği boyutu (p=.018) ve Acıma (p=.013) ve Erdemlilik (p=.011) alt grupları puanları komorbiditesi olmayan gruba göre anlamlı düzeyde düşüktü. Kendini aşma boyutu alt grubu olan Manevi kabullenme puanlarında alkol madde kullanım bozukluğu olan grupta anlamlı düşüktü (Tablo 8c).

Tablo 8c. Bipolar Grubunda Alkol-Madde Kullanım bozukluğu olan ve olmayan hastaların TCI ortalama puanları

	Yaşamboyu Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu olan (n=16) Ortalama ±SS	Yaşamboyu Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu olmayan (n=33) Ortalama ±SS	P
Yenilik Arayışı	23.3±5.9	17.8±4.0	**.003**
Keşfetmekten heyecan duyma	6.2±2.6	6.2±1.8	.679
Dürtüsellik	5.7±2,5	3.6±1.8	**.002**
Savurganlık	5.8±2,5	4.3±2.0	**.047**
Düzensizlik	5.5±1.6	3.8±1.6	**.001**
Zarardan Kaçınma	22.7±6.1	19.0±6.1	.118
Beklenti endişesi	7.3±1.9	6.3±2.6	.203
Belirsizlik korkusu	4.7±1.8	4.5±1.3	.512
Yabancılardan çekinme	4.7±2.1	3.1±2.0	**.028**
Dermansızlık	5.9±2.3	4.9±2.3	.212
Ödül Bağımlılığı	14.2±3.4	14.8±2.2	.938
Duygusallık	6.5±1.4	7.0±1.6	.161
Bağlanma	4.3±1.8	5.1±1.5	.176
Bağımlılık	3.4±1.7	2.5±1.5	.067
Sebat etme	3.7±1.7	3.6±1.7	.849
Kendini yönetme	22.6±6.9	29.4±6.4	**.004**
Sorumluluk alma	4.4±2.5	5.1±1.8	.389
Amaçlılık	4.3±2.1	5.4±1.8	.111
Beceriklilik	1.7±1.7	3.0±1.3	**.013**
Kendini kabullenme	5.8±3.0	6.8±2.6	.265
Uyumlu ikincil huylar	6.2±2.1	9.0±1.9	**.000**
İşbirliği yapma	26.6±6.9	29.0±4.3	**.018**
Sosyal onaylama	5.5±1.5	5.8±1.4	.457
Empati duyma	4.0±1.5	4.2±1.4	.991
Yardımseverlik	4.5±2.1	4.8±1.0	.900
Acıma	5.7±2.9	7.8±1.9	**.013**
Erdemlilik-vicdanlılık	6.1±1.4	7.1±1.2	**.011**
Kendini Aşma	14.2±7.3	15.7±5.6	.240
Kendilik kaybı	5.9±2.4	5.0±2.4	.259
Kişiler ötesi özdeşim	3.2±2.8	3.9±2.1	.267
Manevi kabullenme	5.0±3.0	6.9±2.6	**.022**

5.TARTIŞMA

Bu çalışmanın ilk amacı Bipolar Bozukluk Polikliniğ'inde tedavileri sürmekte olan bipolar bozukluklu hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğunun görülme sıklığını araştırmak ve kontrol grubuyla karşılaştırmaktır.

Bipolar grubunda hastaların %66'sı kadındır, %61.5'i bekar, boşanmış yada duldur. Gruplar yaş açısından eşlenmiş olmasına rağmen bipolar grupta hiç evlilik yaşamamış bireylerin oranı anlamlı düzeyde yüksekti (p=.006). Kessler ve arkadaşları 1997 yılında yaptıkları çalışma sonucunda, bipolar bozuklukta evlenmemiş olma oranının topluma göre daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Çalışmamıza alınan bipolar hastaların %87.7'si orta ve yüksek sosyoekonomik düzeyden gelmekteydi. Üniversite ve yüksek lisans eğitimi olan hastalar %70.8 oranındaydı. Bipolar hastalar için genel literatür bilgisi; çoğunlukla orta ve yüksek sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyden geldikleri yönündedir (Kaplan ve Sadock 1995).

Çalışmamızda hastaların bipolar bozukluk başlama yaşı ortancası 24'tür. İlk epizod çoğunlukla depresyondur, hızlı döngülülük oranı %6.2'dir. Son yıllardaki birçok çalışma bipolar bozukluğun başlangıç yaşına göre üç alt grupta kümelendiğini göstermiştir. Çalışmaların çoğunda erken başlangıçlı grup yaş ortalaması 17, orta yaş başlangıçlı grup yaş ortalaması 26, geç başlangıçlı grup yaş ortalaması 35-46 arası olarak saptanmıştır (Bellivier ve ark., 2003).Literatürde her iki cinste de ilk hastalık döneminin çoğunlukla depresyon olduğu bildirilmektedir (Suppes et al. 2000). Çalışmamızda hızlı döngülük oranı literatürde bildirilen %21-33 oranından daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızın amacı bipolar bozukluklu hastaların klinik özelliklerini araştırmak olmamakla birlikte sonuçlarımızın yapılmış çalışmalarda (Regier ve ark., 1990, Kessler ve ark., 1994, Kessler ve ark., 1997, Suppes ve ark., 2001) bildirilen ortalamalara benzer olması örneklem grubumuzun temsil niteliğinin dolaylı bir göstergesidir.

Çalışmamızda bipolar grubunda alkol kullanımı olanların oranı %75.4 (n=49), kontrol grubunda %54.5'tu (n=36). Gruplar arasında alkol kullanımı açısından fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo 5a).

CAGE ve AUDIT kesme puanlarına göre riskli alkol kullanımı olan hastalar belirlendi. Bipolar grupta CAGE ≥ 1 olan 31 hastada (%47.7) riskli alkol kullanımı belirlendi. Bipolar grupta kadın hastalarda AUDIT ≥4 kesme puanı temel alınarak bakıldığında 11 hastada (%25.6) riskli alkol kullanımı olduğu görüldü. Bu sonuçlardan yola çıkarak bipolar hastalarda hem alkol kullanımı, hem de riskli kullanımın kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 5a ve 5b). Bu sonuç, tekrarlanan madde maruziyeti sonrasında beyin işleyişinde oluşan değişikliklerin duygudurum bozukluklarına yol açması (kindling-tutuşturma fenomeni) hipotezi açısından değerlendirildiğinde riskli alkol kullanımının önlenmesiyle epizodların önlenmesi açısından önemlidir.

Bipolar grupta içki miktarına göre riskli kullanım kriterlerini karşılayan ancak DSM IV-TR alkol kullanım bozukluğu kriterlerini karşılamayan 8 kişide (%12.3), kontrol grubundaysa 3 kişide (%4.5) riskli alkol kullanımı belirlendi. Akvardar ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptığı çalışmada İstanbul'da riskli alkol kullanım oranı %6.8 olarak bildirilmiştir. Alkol kullanım bozukluğunun bipolar hastalarda yüksek oranda görülmesini göz önünde bulundurarak, bu hastalarda riskli alkol kullanımının erken tanınması ve kısa müdahale yapılması kullanım bozukluğu gelişimini önlemek açısından önemlidir.

Bipolar grupta 18 kişide (%.27.7.) DSM-IV-TR'ye göre yaşamboyu alkol-madde kullanım bozukluğu saptandı. 15 kişide (%23.1) alkol kullanım bozukluğu belirlendi. Bunların 10'u (%15.4) alkol bağımlılığı, 5'i (%7.7) alkol kötüye kullanımı tanısı almaktaydı. Bipolar hastalar kontrol grubuyla karşılaştırıldığında alkol kullanım bozukluğunun yaklaşık 2 kat daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaşamboyu yasal olmayan madde kullanım bozukluğu bipolar grupta 11 kişide (%16.9) tespit edildi. Bipolar hastalarda hem alkol, hem madde kullanım bozukluğu kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksekti (Tablo 6). Çalışmamızın alkol-madde kullanım bozukluğu oranları Türkiye'de yapılmış çalışmaların sonuçlarından yüksektir (Pektaş ve ark., 2003, Özyıldırım ve ark., 2009), yurtdışında yapılan çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Literatürde genel olarak psikiyatrik tedavi ortamlarında, bipolar bozukluk tanılı hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu yaygınlığı ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda ise %28-46 arasında değişen oranlar bildirilmektedir (Mc Elroy ve ark., 1996; Merikangas ve ark., 1996; Cassidy ve ark., 2001, Brown ve ark., 2001; Strakowski ve ark.,. 2000; Baethge ve ark., 2005; Trine ve ark., 2010).

ABD'de toplum tabanlı çalışmalarda alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı için hayat boyu prevalansın %17, diğer maddeler için %6 olduğu bulunmuştur (Brown et al 1998). Ülkemizde ise bu oranlar batı toplumlarına göre oldukça düşüktür. 1997 yılında 18 yaş ve üstünde olan kişilerle yapılan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili"araştırmasında aktif alkol bağmlılığı prevalansı %0.8 (erkeklerde %1.7, kadınlarda %0.1) olarak tespit edilmiştir (Binbay ve ark 2013).

Çalışmamızda bipolar grubunda erkekler arasında alkol kullanım bozukluğu (n=8) kadınlara (n=7) göre daha yüksek olsada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Literatürde genel olarak hem toplumda hemde bipolar hastalarda alkol-madde kullanım bozukluğunun erkekler arasında daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda da görülen ve çok sayıda çalışmalarla desteklenen veri kadınlarda alkol-madde kullanımının düşük olması kadınların biyolojik özellikleri, sosyal statüleri ve geleneksel rolleri nedeniyle alkol kullanımına uzak kalmalarıyla ilişkilendirilmektedir. Ancak bipolar hastalarda hastalığın doğası gereği (dürtüsellik artışı, mühakeme bozukluğu, disforik semptomları yatıştırmayı amaçlama gibi nedenlerle) alkolle tanışma daha sık olabileceği gibi, kullanım bozukluğu geliştirme riskinin de artabileceği düşünülebilir.

Bipolar hastalar alkol ve maddenin özgül farmakolojik etkileri nedeniyle sıkıntılarını gidermek, kendilerini tedavi etmek amacıyla alkol ya da maddeyi kullanırlar. Örneğin, manik dönemdeyken aşırı hareketliliklerini yatıştırmak için ya da depresif dönemdeyken sıkıntı, gerginlik, huzursuzluk duygularını gidermek için alkol alma eğiliminde olabilirler. Diğer yandan mani döneminde dürtüsellik ve zayıf yargılama sonucu alkol kullanımında artış olabilir. Bu kendini tedavi etme çabası alkol kullanımının ağırlaşmasına ve bağımlılığa, ardından gelişen yoksunluk dönemleri ya da zehirlenme dönemleri de duygudurum belirtilerinin artmasına neden olur (Özpoyraz ve ark., 2008). Bipolar bozukluk ve alkol-madde kullanım bozukluğunun ortak tetikleyici etmenleriyle ilgili çalışmalar içinde tutuşturma (kindling) ve davranışsal duyarlılaşma (behavioral sensitisation) modellerinden söz edilmektedir. Her iki bozukluğun etyolojik açıklamaları içinde bu kavramlar yer almaktadır. Bipolar yatkınlığı olan kişilerde alkol ya da madde kullanımı tutuşrma fenomeninin etkisiyle hastalığı tetikleyerek ortaya çıkmasına neden olabilir (Salloum ve Thase, 2001).

Çalışmanın ikinci amacı bipolar hastalarla sağlıklı kontrollerin mizaç özelliklerini karşılaştırmaktı. Bipolar bozuklukta mizaç ve karakter özellikleri ile ilgili araştırmalar uzun

yıllardan beri devam etmektedir. Bu araştırmalardan sonuç çıkarmak kullanılan yöntemlerin çeşitliligi nedeniyle güç olmaktadır. Metodoloji farklılıkları ve kısıtlılığının en önemli unsuru kişiligin zaman içinde değişen tanımı ve kişilik ölçüm ve değerlendirme araçlarındaki çeşitlilik olmuştur. Yine de bipolar bozukluklu hastaların mizaç ve karakter özelliklerinin doğrudan bipolar bozukluktan mı kaynaklandığı, yoksa bu kişilerin daha önceki kişilik özelliklerini mi yansıttığını öngörmek zordur. Aynı zamanda mizaç ile duygudurum bozuklukları arasındaki süreğen ilişki, mizaçsal farklılıkların epizodların nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu sorusunu akla getirmektedir. Bu konuda durum (state) ile sürekliliği (trait) ayırmak çok kolay değildir. Konuyla ilgili kesin verilerin olmaması da tartışmaların sürmesine neden olmaktadır. Ancak pek çok bulgu mizaçsal niteliklerin yaşamın erken dönemlerinde geliştiği ve uzun dönemde çok değişkenlik göstermediği hipotezini desteklemektedir (Cloninger ve ark., 1993).

Çalışmamızda bipolar grupta yenilik arayışı mizaç boyutunda ve alt grubu olan Düzensizlik puanlarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptandı. Zarardan kaçınma boyutu ve alt grupları olan beklenti endişesi ve dermansızlık puanlarında da bipolar grubunun kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. Sebat etme mizaç boyutu puanları bipolar grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü. Karakter boyutlarında kendini yönetme boyutu ve alt grupları olan amaçlılık, beceriklilik ve uyumlu ikincil huylar puanları ve işbirliği yapma boyutu ve alt grubu olan sosyal onaylanma puanlarında da bipolar grupta anlamlı düşüklük bulundu. Kendini aşma boyutu alt grupları olan kişiler ötesi özdeşim ve manevi kabullenme puanları da bipolar hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü. Kendini aşma puanları arasındaysa istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı Başka deyişle bipolar hastalar kendilerini kontrol grubuna göre daha düzensiz, kaygılı, çabuk yorulan, daha az istikrarlı, daha az sorumluluk hissi olan, daha çok amaçsızlık yaşayan, daha disiplinsiz ve dürtü kontrolü daha zayıf, sosyal onaylama ve evrensel uyumu daha düşük bireyler olarak tarif etmişlerdir.

Bipolar bozukluk hastalarında TCI ile yapılan çalışmalarda, kontrollere göre bazı farklı mizaç ve karakter boyutları tespit edilmiştir. Literatürde genel olarak yüksek zarardan kaçınma (Loftus 2008, Strakowski ve ark., 1993, Nowakowska ve ark., 2005, Engstrom ve ark., 2004) ve yüksek yenilik arayışı skorları ve düşük ödül bağımlılığı (Young ve ark., 1995) tespit edilmiştir. Karakter alt boyunlarından ise kendini aşma skorlarının yüksek (Nowakowska ve ark., 2005),

kendini yönetme skorlarının (Engstrom ve ark., 2004) ve sebat etme değerlerinin düşük olduğu bulunmuştur (Sayin ve ark 2007, Osher ve ark., 1996). Almeida ve arkadaşlarının (2011) hasta grubunun sağlıklı kontrole göre yenilik arayışı ve zarardan kaçınma puanlarının daha yüksek olduğunu, kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu tespit etmişler. Shay T. Loftus ve arkadaşları (2008) tarafından 85 ötimik bipolar I ve 85 cinsiyet ve yaş açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubu TCI parametreleri açısından karşılaştırıldığı çalışmada bipolar grubun zarardan kaçınma ve kendini aşma skorlarının daha yüksek, kendini yönetme skorlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda bulunan kontrollere göre yüksek yenilik arayışı, zarardan kaçınma ve düşük sebat etme, kendini yönetme ve iş birliği yapma puanları bu çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur.

Alkol kullanım bozukluğu olan hastaların sağlıklı kontrollere göre daha yüksek yenilik arayışı ve daha düşük kendini yönetme puanları aldığı görülmüştür (Basiaux ve ark.,. 2001; Le Bon ve ark., 2004; Akvardar ve ark.2005).

Üçüncü hipotezimizi araştırmak için bipolar grup yaşamboyu alkol-madde kullanım bozukluğu komorbiditesi olan ve olmayan şeklinde 2 gruba ayırıştırıldıktan sonra karakter ve mizaç özellikleri açısından karşılaştırıldı. Komorbiditesi olan grupta ailelerinde sorunlu alkol kullanım öyküsü anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo 8b). Alkol-madde kullanım bozukluğu komorbiditesi olan grupta erkekler çoğunluktaydı, yaş ortalamaları daha düşüktü, toplam eğitim yılıysa daha yüksekti, ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Sosyoekonomik durum, medeni durum, eğitim süresi, bipolar bozukluk başlama yaşı, toplam epizod sayısı ve hospitalizasyon sayısı, intihar girişim sayısı, ailede unipolar depresyon, bipolar bozukluk, madde kullanım bozukluğu ve şizofreni öyküsü gibi özelliklerde de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Çalışmamızda alkol kullanım bozukluğu olan grubun hastalık başlama yaşı (25.9+7.9) olmayan gruba (25.3+7.0) göre yüksekti ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=.784$). Madde kullanım bozukluğu olan grubun hastalık başlama yaşı (24.2+2.9) olmayan gruba (25.8+7.8) göre daha düşüktü ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=.287$). Morrison ve arkadaşları (1974), Mc Elroy ve arkadaşları (1996), Starkowski ve arkadaşları (1998) alkol

kullanımının hastalığın başlangıç yaşını geciktirdiği görüşünü savunurken Winokur ve arkadaşları (1996) tam tersine alkol kullanımının bipolar hastalık başlangıcını erkene çekeceği görüşünü belirtmiştir. Çalışmamızda olgu sayısının düşüklüğü istatistiksel anlamlılığı etkilemiş olabilir.

Karakter-mizaç özellikleri karşılaştırıldığında komorbiditesi olan grupta yenilik arayışı boyutu puanları yüksek, kendini yönetme boyutu ve işbirliği yapma boyutu puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu. Özellikle yenilik arayışı alt grubu olan dürtüsellik ve savurganlık puanlarındakı anlamlı yükseklilik ön plana çıkmaktaydı. Bu iki alt grup puanlarında bipolar ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştı. Bu özelliklerin bipolar hastalarda alkol–madde kulanım bozukluğu eş tanısıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Dürtüsellik alt boyutu puanları sadece alkol-madde kullanım bozukluğu komorbiditesi olan bipolar hastalarda olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksekti. Kontrol grubuna göre bipolar grupta olan anlamlı yükseklik sadece yenilik arayışı boyutunda ve düzensizlik alt boyutunda görülmekteydi.

Literatürde TCI kullanılarak bipolar hastalarda alkol-madde kullanım bozukluğu birlikteliğini belirleyici karakter ve mizaç özelliklerini araştıran çalışma sayısı oldukça azdır. Ulaşabildiğimiz iki çalışmada bipolar hastalarda alkol-madde kullanım bozukluğu için belirleyici mizaç özelliğinin yenilik arayışı boyutu olduğu gösterilmiştir (Henry ve ark., 2001, Haro ve ark., 2007). Çalışmamızın sonuçları bu bulguyu desteklemektedir. Alkol-madde kullanım bozukluğu komorbiditesi olan bipolar hastaların olmayanlara göre yenilik arayışı ve alt grubu olan dürtüsellik ve savurganlık puanları anlamlı düzeyde yüksekti.

Bipolar bozukluk ve madde kullanım bozukluğunun sık birlikteliğini ortak yatkınlık oluşturan risk etmenlerinin etkisiyle açıklayan kuramcılar Davranışsal Yönelme Sistemi kuramına vurgu yapmışlar. Ödül Sistemi Kuramından alınarak bipolar bozukluğa uyarlanan bu kurama göre Davranışsal Yönelme Sisteminin aşırı hassaslığıysa iştah uyandıran uyaranlara (appetitive stimuli) karşı bağımlılık davranışı oluşmasının temelinde yatmaktadır ve bipolar bozuklukta bu mekanizma önem taşımaktadır (Alloy ve ark., 2009)

Davranışsal Yönelme Sistemi dışsal (cazip nesne) ve içsel (amaca ulaşma beklentisi) ödül sinyalleriyle etkinleşmektedir.Bu uyaranlar Davranışsal Yönelme Sistemini etkinleştirdiklerinde

birey amaca yönelik bilişsel ve motor aktiviteyi arttırmaktadır. Davranışsal Yönelme Sisteminin beyindeki mezolimbik dopamin yolakları ve bunun amigdala ve prefrontal kortekse olan projeksiyonlarıyla işlev gördüğü varsayılmaktadır. Bu yolakların aynı zamanda uyuşturucu maddelere bağımlılık davranışı gelişmesinin temelinde durduğu da düşünülmektedir (Harmon-Jones, 2003).

Bipolar bozuklukta Davranışsal Yönelme Sistemi aşırı hassaslığı kuramı 1989 yılında Depue ve arkadaşları tarafından önerilmiştir. Bu kurama göre bipolar bozukluğa yatkınlığı olan bireylerde aşırı duyarlı Davranışsal Yönelme Sistemi ödülü teşvik edici, amaç için çaba gösterme ve engellenme durumunda agresyon gösterme gibi davranışları tetiklemektedir. Öfori, aşırı amaca yönelme, azalmış uyku ihtiyacı,dikkat dağınıklığı, irritabilite, aşırı özgüven ve optimizm gibi hipo(mani) semptomları bu sistemin aşırı uyarılmasıyla açıklanmaktadır. Çökkünlük, enerji azlığı, anhedoni, psikomotor yavaşlık, umutsuzluk, azalmış özgüven gibi depresif semptomlarda Davranışsal Yönelme Sisteminde etkinlik azalmasıyla açıklanmaktadır. Bu modele göre aşırı duyarlı Davranışsal Yönelme Sistemi hem hipo(mani) hem de depresyon epizodlarına yatkınlık yaratmaktadır (Alloy ve ark., 2009).

Literatürde dürtüsellik hem bipolar bozukluk hem de alkol-madde kullanım bozukluğuyla ilişkilendirilmektedir. Bir çok çalışmada dürtüsellik farklı ölçeklerle ölçülmüştür (Barret Dürtüsellik ölçeği, Eysenck Dürtüsellik ölçeği, Cloninger Yenilik Arayışı, Zuckerman Heyecan Arayışı). Bu ölçeklerin faktor analizi, Davranışsal Yönelme Sistemi ve Ödül Duyarlılığını ölçmede bir biriyle tutarlı sonuçlar sağladığını göstermiştir (Alloy ve ark., 2009).

Swann ve arkadaşları bipolar hastaların dürtüsellik skorlarını sağlıklı kontrollere göre anlamlı yüksek bulmuşlar ve düşük eğitim düzeyi, bipolar bozukluğun erken yaşta başlaması, sık epizodlar, madde kullanım bozukluğu, intihar girişimi gibi özellikleri yüksek dürtüsellik skorlarıyla ilişkili bulmuşlardır, ancak bu özellikleri olmayan bipolar hastaların da kontrollere göre daha yüksek dürtüsellik skorları gösterdiğini belirtmişler (Swann ve ark., 2009, Swann ve ark., 2010).

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın temel bulgusu alkol-madde kullanım bozukluğu olan hastaların dürtüsellik özelliklerinin komorbiditesi olmayanlara göre daha yüksek olmasıdır. Bu bulgu önceki çalışmalarla da desteklenmektedir. Dürtüsellikteki bireysel farklılıkların ve buna bağlı olan davranışsal eğilimlerin (örn. heyecan arayışı) madde kullanım bozukluğuyla ilişkili olduğu ve ortaya çıkışında belirleyici olduğu bildirilmektedir (Acton, 2003; Dawe ve ark., 2004). Bipolar hastalarda mani, depresyon ve ötimik dönemlerde dürtüsellik skorlarının kontrollere göre yüksek seyrettiği bildirilmiştir (Strakowski ve ark., 2010). Özellikle bipolar bozuklukta madde kullanım bozukluğunu belirleyici en güçlü ve tutarlı kişilik özelliğinin dürtüsellik olduğu görüşü sık vurgulanmaktadır.

Henry ve arkadaşları (2001) dürtüsellik puanlarını alkol-madde kullanım bozukluğu komorbiditesi olan bipolar hastalarda hem sağlıklı kontrollere hem de komorbiditesi olmayan hastalara göre yüksek bulmuşlar ve bu yüksekliği komorbid alkol-madde kullanım bozukluğuyla ilişkilendirmişler.

Özellikle alkol madde kullanım bozukluğu birlikteliği olan alt grup başta olmakla örneklem sayısının az olması çalışmamızın önemli kısıtlılıklarındandır, hastaların çoğunlukla kadın olması, bipolar II tanısı alan hastaların az olması, hastalık öyküsünün geriye dönük sorgulanıyor olması, karakter ve mizaç özelliklerinin hastaların ifadesine göre ölçülüyor olması çalışmamızın diğer kısıtlılıklarındandır. Ancak hastaların polikliniğimizde uzun süredir tedavi gören hastalar olması ve sistematik güncellenen dosyalama sistemi olması bu eksiklikleri azaltmaktadır. Hastaların eğitim düzeyinin yüksek olması hastalar tarafından doldurulan ölçeklerdeki soruları doğru anlayıp, değerlendirmeleri açısından önemlidir

Gruplar cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiştir. Toplumda madde kötüye kullanımı ya da bağımlılık için erkek cinsiyet, genç yaş, düşük sosyoekonomik düzey, boşanmış olma, maddeye ulaşabilme kolaylığı gibi risk etmenlerinin olduğu bilinmektedir (Sonne ve ark., 1994). Çalışmamızda bipolar ve kontrol grubunun yaş, cinsiyet, eğitim yılı, sosyoekonomik düzey açısından ayrışmaması, bipolar grubun klinik özelliklerinin yapılmış çalışmalarda bildirilen ortalamalara benzer olması karşılaştırma verilerinin güvenirliğini arttırmaktadır. Ayrıca alkol madde kullanımına göre oluşturulan gruplarda kafa karıştırıcı risk etmenleri (cinsiyet, yaş,

eğitim düzeyi ve diğer) açısından grupların birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ayrışmıyor olması da çalışmamızın güçlü yanlarındandır.

Alkol- madde kullanım bozukluğunun varlığı bipolar bozukluğun tedaviye daha az yanıt vermesine sebep olan, tedaviye uyumu bozan, epizod ve hospitalizasyon sayısını arttıran ve başka bunun gibi prognoz üzerinde negatif etkiler yaratan bir tablo oluşturmaktadır. Bunun dışında alkol madde kullanım bozukluğu kendi başına bireylerin iş, sosyal ve aile hayatlarını negatif yönde etkileyerek işlevselliklerini bozmaktadır. Özellikle bipolar hastalarda komorbiditenin çok yüksek oranlarda bildirilmesi bu hastalarda alkol-madde kullanım bozukluğunun önemini arttırmaktadır. Bipolar hastalarda ve genel toplumda alkol madde kullanım bozukluğu geliştirme açısından risk taşıyan bireylerin erken dönemde tespit edilmesi açısından kişilik özellikleri gibi belirleyici olabilecek faktörlerin araştırılması ve daha spesifik ölçme yöntemlerinin geliştirilmesi önemlidir. Bipolar bozukluğun değerlendirilmesinde, eştanılar mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavi programlarında sadece bipolar bozukluk değil, alkol-madde kullanım bozukluğunun da ele alınması, gereken müdahalelerin yapılması bipolar bozukluğun prognozu açısından önemlidir.

7.KAYNAKLAR:

Akiskal HS, Akiskal K. (1998) Cyclotimik, hypertimic and depressive temperament as subaffective variant of mood disorders. İn: A.Tasman (Ed) Psychiatry update: The American Psychiatric Association Annuel Review. American Psychiatric Pres. Washington DC. pp. 271-292.

Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI: The relationship of personality to affective disorders. Arch Gen Psychiatry 40: 801-810, 1983.

Akiskal HS, Lopez JJ, Sartorius N. _ki Uçlu Bozukluk. (Çev.Ed:Timuçin O) s.174-175, John Wiley&Sons Ltd, s:360-65, 2002.

Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III and IV. Psychiatr Clin N Am, 22: 517-534, 1999.

Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders. DSM IV. J lin. Psychopharm 16:4-14, 1996.

Akvardar Y. Alkol bağımlılığında kişilik özellikleri, Personality Characteristics in Alcohol Dependence. Bağımlılık Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 1, 2003 / Journal of Dependence, Vol: 4, N.: 1, 2003

Akvardar Y., Arkar H., Akdede B.B., Gül S. Ve ark., Alkol kullanım bozukluklarında kişilik özellikleri Personality Features of Patients with Alcohol Use Disorders. Bağımlılık Dergisi, Cilt:6, Sayı: 2, 2005 / Journal of Dependence, Vol: 6, N.: 2, 2005

Akvardar Y., Türkcan A., Yazman U. et al. Prevalence of alcohol use in Istanbul. Psycol Rep 2003; 92:1081-8.

Akvardar Y., Uçku R. Alkol kullanım sorunları nasıl önlenir? Alkol kullanım bozukluklarının tanı ve tedavisinde kısa müdahale yaklaşımı Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11:51-59

Alda M, Grof E, Cavazzori P. Autosomal recessive inheritance of affective disorders in families of responders to lithium prophlaxis. J.Affect disord, 44:153-157, 1997.

Almeida KM, Nery FG, Moreno RA, Gorenstein C, Lafer B. Personality traits in bipolar disorder type I: a sib-pair analysis. Bipolar Disord. 2011 Nov-Dec;13 (7-8):662-9. doi: 10.1111/j.1399-5618.2011.00965.x.

American Psikiyatri Birliği: DSM-IV: Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı.4.baskı, (çev.ed: E.Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara,1999.

Angst J, Marneros A. Temperament and personality types in bipolar patients: a historical review. Bipolar Disorders: 100 Years After Manic-depressive Insanity.London, Kluwer Academic Publishers, s.175-199, 2000.

Angst J. The course of affective disorders. Psychopathology 19: 47-52, 1986

Basiaux P, Le Bon O, Dramaix M et al. Temperament and Character Inventory (TCI) personality profile and sub-typing in alcoholic patients: a controlled study. Alcohol Alcohol 2001; 6: 584-587.

Binbay T, Direk N, Aker Akvardar Y. ve ark. Türkiye'de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler. Türk Psikiyatri Dergisi 2013;24

Brady K, Casto S, Lydiard RB, Malcolm R, Arana G. Substance abuse in an inpatient psychiatric sample. Am J Drug Alcohol Abuse, 1991; 17:389-397.Brady KT, Sonne SC. The relationship between substance abuse and bipolar disorder. J Clin Psychiatry, 56 (suppl 3): 19-24, 1995.

Brown RL, Leonard T, Saunders LA, Papasoulitis O. The prevalance and detection of substance use disorders among inpatients ages 18-49: An opportunity for prevention. Preventive medicine, 1998;27:101-110.

Brown SE, Suppes T, Adinoff B, Thomas NR. (2001) Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis.J.of Affec.Dis. , 65: 105-115.

Brown SE, Suppes T, Adinoff B, Thomas NR. (2001) Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis.J.of Affec.Dis. , 65: 105-115.

Brown SL, The relationship of personality to mood and anxiety states, J Psychiatr Res,26: 197-211, 1992.

Brunette MF, Noordsy DL, Xie H, Drake RE. Benzodiazepine use and abuse among patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorders.Psychiatr Serv. 54:1395–401, 2003.

C. Henry, F. Bellivier, F. Sorbara, S. Tangwongchai et al. Bipolar sensation seeking is associated with a propensity to abuse rather than to temperamental characteristics Eur Psychiatry 2001 ; 16 : 289-92.

Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Substance abuse in bipolar disorder. Bipolar Disord. 3:181–8, 2001.

Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Substance abuse in bipolar disorder. Bipolar Disord,2001; 3:181-188.

Ceylan ME, Oral T. Duygudrum bozuklukları (ed: Timuçin Oral) 1. baskı s. 1- 11, Nobel tıp kitapevi, istanbul, 2001.

Ciğerli G. (2007) Travma sonrası stres bozukluğunun bipolar bozukluk üzerine etkisi: Uzmanlık tezi Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul.

Clinical Course of Children and Adolescents With Bipolar Spectrum DisordersBoris Birmaher, MD; David Axelson, MD; Michael Strober, PhD; Mary Kay Gill, MSN; Sylvia Valeri, PhD; Laurel Chiappetta, MS; Neal Ryan, MD; Henrietta Leonard, MD; Jeffrey Hunt, MD; Satish Iyengar, PhD; Martin Keller, MD Arch Gen Psychiatry. 2006;63(2):175-183. doi:10.1001/archpsyc.63.2.175.

Cloninger CR, Bayon C, Svrakic DM: Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundemantal stataes of personality types. J Affect Disord 51: 21-32, 1998.

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry, 50: 975-90, 1993.

Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. Arch Gen Psychiatry. 44:573-588, 1987.

Coryell W, Akiskal H, Leon AC, Turvey C, Solomon D, Endicott J. Family history and symptom levels during treatment for bipolar I affective disorder. Biol Psychiatry, 15:1034-1042, 2000.

Coryell W, Scheftner W, Keller M. and at all. (1993) The enduring psychosocial consequences of mania and depression. Am J Psychiatry. , 150 (5):720-727.

Marneros A, Briger P. İki uçlu bozuklukların prognozu. (ed: Timuçin Oral), Bipolar disorder John Willey ve sons ltd. s:97-148, 2002.

D´esir´ee Harnic Maurizio Pompili Marianna Mazza Marco Innamorati Marco Di Nicola, Valeria Catalano, and Angelo Bruschi et al. Affective Temperaments and Psychopathological Dimensions of Personality in Bipolar and Cyclothymic Patients Behavioral Medicine, 39: 17–23, 2013.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSMIV), Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994. Disord, 1997; 45:19-30.

Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC, Shoaib AM, Tsai-Dilsaver Y,Krajewski KJ. (1997) Suicidality, panic disoder and psychosis in bipolar depression, depressive-mania and pure-mania.Psychiatry Res. , 73 (1-2) : 47-56.

Dragon M, Svaric MD, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differantial Diagnosis of Personality Disorders by the Seven-Factor Model of Temperament and Character. Arch Gen Psychiatry. 50: 991-999, 1993.

Dragon M, Svaric MD, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differantial Diagnosis of Personality Disorders by the Seven-Factor Model of Temperament and Character. Arch Gen Psychiatry. 50: 991-999, 1993.

Engstrom C, Brandstroma S, Sigvardssonb S, Cloninger R. Bipolar disorder I. Temperament and character. Journal of Afektif disorders, 2004

Engström C, Bipolar disorder. II: Personality and age of onset, Bipolar Disorders, 5:340-348, 2003.

Engström C. Bipolar disorder. III: Harm avoidance a risk factor for suicide attempts, Bipolar Disorders, 6: 130-138, 2004.

Evans L, Akiskal HS, Keck Jr PE, McElroy SL, Sadovnick AD, Remick RA. Familiality of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. J Affect Disord. 2005 Mar;85(1-2):153-68.

Fabiano G. Nery, John P. Hatch, David C. Glahn, Mark A. Nicoletti, E. Serap Monkul, Pablo Najt, Manoela Fonseca, Charles L. Bowden, C. Robert Cloninger, Jair C. Soares Temperament and character traits in patients with bipolar disorder andassociations with comorbid alcoholism or anxiety disorders Journal of Psychiatric Research, Volume 42, Issue 7, June 2008, Pages 569–577

Familiality of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. Journal of Affective Disorders, 85:153–68, 2005.

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

Frye MA, Altshuler L, McElroy SL. Gender differences in prevalence, risk and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. Am J Psychiatry, 160: 883-889, 2003.

Gonzales Pinto A, Gutierrez M, et al. Tobacco smoking and bipolar disorder. J Clin Psychiatry,1998;59:225-228.

Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness. Oxford University Press, New York, 281–317, 332–367, 1990.

Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness. Oxford University Press,New York, 281–317, 332–367, 1990.

Gökbulut O., Erkmen H (2008) bipolar hastalıkta alkol-madde kullanımı ve anksiyete bozukluğu arasındakı ilişkinin saptanması; Uzmanlık tezi Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul.

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W et al. Prevalance and Cooccurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. Arch Gen Psychiatry, 2004;61:807-816

Hansenne M, Reggers J, Pinto E, Kjiri K, Ajamior A, Ansseau M:Temperament and Character Inventory (TCI) and depression. J Psychiatr Res 33: 31-36, 1999.

Harmon-Jones E, Sigelman JD, Bohlig A, Harmon-Jones C. Anger, coping, and frontal cortical activity:The effect of coping potential on anger-induced left frontal activity. Cognition and Emotion 2003;17:1–24.

Hendrick V, Altshuler LL, Gitlin MJ, Delrahim S, Hammer C. Gender and bipolar disorder. J Clin Psychiatry 61: 393-396, 2000.

Hosak L, Preiss M, Halir M, Cermáková E, Csémy L. Temperament and character inventory (TCI) personality profile in metamphetamine abusers: a controlled study. Eur Psychiatry 2004;19:193-5.

Isık E, Taner E, Umut I. Güncel klinik psikiyatri. Birinci baskı s:146-170, 2008.

Işık E. (2003) Depresyon ve Bipolar Bozukluklar.1.Baskı, Ankara, Görsel sanatlar yayınevi, s:467-483

Judd LL, Schetter PJ, Akiskal HS. The prevalence, clinical revelance and public health significance of depression. psychiatry Clin North Am. 25:4 685-998, 2002.

Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 1995.

Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 1995.

Kaplan HI, Sadock BJ. Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar. Abay E (Çeviri). Klinik Psikiyatri.Nobel Tıp Kitabevleri,2004:75-119

Kessing LV. Recurrence in affective disorder. Effect of age and gender. Br J Psychiatry, 172: 29-34, 1998.

Kessler RC, Akiskal HS, Angst J, Guyer M, Hirschfeld RM, Merikangas KR, Stang PE.Validity of the assessment of bipolar spectrum disorders in the WHO CIDI 3.0. J Affect Disord 2006; 96;259-269.

Kessler RC, McGonagle KA, et al. Lifetime and 12 month prevalance of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey Arch Gen Psychiatry,1994;51(1):8-19.

Kessler RC, Zhao S, Blazer DG, Swartz M. Prevalence, correlates and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. J Affect

Kevin P Conway, Robert J Kane, Samuel A Ball, James C Poling, Bruce J Rounsaville Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients Drug and Alcohol Dependence, Volume 71, Issue 1, 20 July 2003, Pages 65–75

Köroğlu E. (2004) Psikonozoloji. Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Hekimler Yayınlar Birliği Yayıncılık, Ankara.

Kraepelin E. Manic- Depressive Insanity and Paranoia. Fundamental States,Chapter VII, Livingstone, Edinburgh, pp.117-132, 1921.

Kruger S, Cooke RG, Hasey GM, Jorna T, Persad E (1997) Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar disorder. J Affect Disord, 34:117-120, 1997.

Le Bon O, Basiaux P, Streel E, et al. Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. Drug Alcohol Depend 2004; 73: 175-182

Leibenfult E. (1996) Women with bipolar illness: clinical and research issues. American Journel of Psychiatry. 153 (2): 163-73. Review.

Leibenluft E. Issues in the treatment with bipolar illness J.Clin Psychiatry 58:5-11, 1996.

Loftus ST, Garno JL, Jaeger J, Malhotra AK. Temperament and character dimensions in bipolar I disorder: A comparison to healthy controls. J Psychiatr Res. Jan. 10, 2008.

Lott VM, Depression and axis II disorders: comorbidity and relationship to cooperativeness, Depress Anxiety, 4: 268-272, 1996.

Marken PA, Stainslav SW, Lacombe S, Pierse C, Horstra R, Sommi RW. (1992) Profile of a sample of subjects admited to an acute care psychiatric facilities with manic symptoms. Psychofarmacol. Bull. , 28: 201- 205.

Mc Elroy SL, Strakowski SM, Keck Jr. PE, West SA. (1996) The effects of antecedent substance abuse on the development of first epizod psychotic mania. J.Psychiat. Res. 30: 59-67.

McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck Jr PE, Frye MA, Denicoff KD. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. American Journal of Psychiatry, 158:420–6, 2001.

McInnis MG. (1997) Recent advances in the genetics of bipolar disorder. Psychiatric Annals, 27: 482-488.

Mendlewicz J.(1987) Genetic linkage in bipolar illness. American Journel of Psychiatry. 142: 520.

Merikangas KR, Angst J, Eaton W. et alls.(1996) Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: Result of an international task force.Br. J. Psychiatry.168:58-67.

Miller FT, Bush F, Tanenbaum JH, (1989)Drug Abuse in schizophrenia and bipolar disorder. Am.J.Drug Alcohol Abuse15: 291-295.

Miller NS, Guttman BA. The integration of pharmacological therapy for comorbid psychiatric and addictive disorders. Psychiatric Clin North Am,1993;16:1-10.

Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual Diagnosis: a review of etiological theories. Addict Behav, 1998;23:717-734

Murroy GW, Hoy D. Seasonal affective disorder in Australia: N.Z.P Psychiatry 31:297-284, 1997.

Nowakowska C, Strong C, Santosa C, Wang PW, Ketter T. Temperamental commonalities in euthymic mood disorder patients, creative controls, and healthy controls. Journal of Affective Disorders, 85:207–15, 2005.

Osher Y, Cloninger C.R, Belmaker R.H. TPQ in euthymic Manic Depressive patients. J. Psychiatric Res. 30:353–357, 1996.

Osher Y, Cloninger C.R, Belmaker R.H. TPQ in euthymic Manic Depressive patients. J. Psychiatric Res. 30:353–357, 1996.

Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. Yeniden Yayınları, İstanbul, 2010

Öztürk MO, Ruh Saglıgı ve Bozuklukları, 10. Basım, Ankara: 2004.

Öztürk MO. Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Ruhsal Bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Baskı,Ankara: Feryal Matbaası,2001;519-549

Özyildirim İ.; Yargiç İ.; Berkol. T.; Karayün. D.; Yazici, O. Bir Duygudurum Bozuklukları Biriminde İzlenen Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Alkol Kullanım Bozukluıunun Sıklığı. Noropsikiatri Arsivi . 2009, Vol. 46 Issue 4, p140-142. 3p. 1 Chart.

Patel NC, DelBello MP, Keck PE, Strakowski SM. Pheneomenology associated with age at onset in patients with bipolar disorder at their first psychiatric hospitalization. Bipolar Disord, 8: 91-94, 2006.

Pektaş Ö, Mırsal H, ve ark. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda alkol kullanımı.Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003, 4: 26-29.

Personality Features of Patients with Alcohol Use Disorders Dr. Yıldız Akvardar, Psk. Haluk Arkar, Dr. Berna B. Akdede, Dr. Selami Gül, Psk. Özden Sarı, Dr. Zeliha Tunca Bağımlılık Dergisi 2005; 6: 53-59 2005

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, 25: 713-737, 2002.

Pini S, Dell'Osso L, Mastrocinque C, Marcacci G, Papasogli A, Vignoli S, Pallanti S, Cassano G. Axis-I comorbidity in bipolar disorder with psychotic features. Br J Psychiatry, 175: 467-471, 1989.

Reiger, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., Goodwin, F.K., 1990. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Journal of the American Medical Association 264, 2511–2518.

Richter J, Temperament and character during the course of unipolar depression among patients, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 250: 40-47, 2000.

Sachs GS. Bipolar mood disorder: practical strategies for acute and maintenance phase treatment. J Clin Psychopharmacol. Apr, 16:2, 32-47, 1996.

Sadock BJ, Sadock VA. (2005) Mood disorders. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry, Aydın H, Bozkurt A (ed). Lippincott Williams & Wilkins, s. 173-210.

Sato T, Narita T, Hirano S, Kusunoki K, Goto M, Sakado K, Vehana T. Factor validity of Temperament and Character Inventory in patients with major depression.Compr Psychiatry 42: 337-341, 2001.

Sayin A, Kuruoglu AC, Yazici Güleç M, Aslan S. Relation of temperament and character properties with clinical presentation of bipolar disorder. Comprehensive Psychiatry 48: 446–451, 2007.

Sermin Kesebir, Leman İnanç, Çiğdem Hazal Bezgin, Fatma Cengiz Kadınlarda Bipolar Bozukluk Bipolar Disorder in Women. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2013; 5(2):220-231 doi:10.5455/cap.20130514

Sevinçok L, Küçükardalı Y. Genç erkeklerde madde kullanımı, sosyodemografik Özellikler ve Psikiyatrik Tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi, 2000; 11(1): 40-48

Sonne, S.C., and Brady, K.T. Substance abuse and bipolar comorbidity. Psychiatric Clinics of North America. 22:609–627, 1999b.

Strakowski SM, DelBello MP.(2000).The Co-occurence of Bipolar And Substance Use Disorders. Clinical Psychology Review. 20(2):191-206

Strakowski SM, Stoll AL, Tohen M. TPQ as a predictor of six-month outcome in first episode mania. Psychiatr Res, 48:1-8, 1993.

Strakowski SM, Fleck DE, DelBello MP, Adler CM, Shear PK, Kotwal R, Arndt S. Impulsivity across the course of bipolar disorder. Bipolar Disord. 2010 May;12(3):285-97. doi: 10.1111/j.1399-5618.2010.00806.x.

Strakowsky SM, Tohen M, Stall AL Comorbidity in mania at first hospitalization. Am J Psychiatry, 39: 72-74, 1992.

Strakowsky SM, Tohen M, Stall AL Comorbidity in mania at first hospitalization. Am J Psychiatry, 39: 72-74, 1992.

Suppes T, Leverich GS, Keck Jr. PE, Nolen WA, Denicoff KD, Altsshuler LL, Melroy SL. Et all. (2000).The Stanley Foundation Bipolar treatment Outcome Network: II.Demographics and illness characteristics of the first 261 patient. J.Affect.Disorder.in press.

Suppes T, Leverich GS, Keck Jr. PE, Nolen WA, Denicoff KD, Altsshuler LL, Melroy SL. Et all. (2000).The Stanley Foundation Bipolar treatment Outcome Network: II.Demographics and illness characteristics of the first 261 patient. J.Affect.Disorder.in press.

Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR. Mood states and personality traits. J Affect Disord, 24: 217-226, 1992.

Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven factor model of temperament and character.Arch. Gen. Psychiatry 50: 991–999, 1993.

Swann AC (1992). Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. Am. J. Psychiatry. 149: 1633-1644.

Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, Steinberg JL, Moeller FG.Interactions between bipolar disorder and antisocial personality disorder in trait impulsivity and severity of illness. Acta Psychiatr Scand. 2010 Jun;121(6):453-61. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01528.x. Epub 2010 Jan 7

Trine V Lagerberg**,** Ole A. Andreassen**,** Petter A Ringen**,** Akiah O Berg**,** Sara Larsson**,** Ingrid Agartz**,** Kjetil Sundet, Ingrid Melle**.** Excessive substance use in bipolar disorder is associated with impaired functioning rather than clinical characteristics, a descriptive study.*BMC Psychiatry* 2010, 10**:**9 doi:10.1186/1471-244X-10-9

Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması Cengiz Akkaya, , Murat Altın , Kaan Kora , Nesrin Karamustafalıoğlu , Aziz Yaşan , Nesrin Tomruk , Erhan Kurt

Uluğ B. Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar. Güleç C, Köroğlu E(Eds). Psikiyatri Temel Kitabı. 1.Baskı, Ankara: MedioGraphics Ajans Matbaacılık Hizmetleri, 1997: 299-320

Von Zerssen D, Akiskal HS. Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character, J Affect Disorders, 51: 1-5, 1998.

Weissman MM, Merikangas KR, Body JH Epidemiyology of affective disorder In: Psychiatry. (revised edition), Cilt 1, (ed: Michels R), Basic Books, New York, 7-12, 1989.

Winokur G, Turvey C, Akiskal H, Coryell W, Solomon D, Leon A, Mueller T, Endikott J,Maser J, Keller M. (1998). Alcoholism and drug abuse in three groups- bipolar I,unipolars and their acquaintances. J.Affect.Disorder. 50: 81-89.

Wisner KL, Pendl K. Symptomology of affective and psychotic illnes related to hill bearing J.Affect. Disord. 30;77-87, 1993.

Yazıcı O. (1997). İki Uçlu Duygudurum Bozuklukları ve Diğer Duygudurum Bzouklukları. Temel Psikiyatri, Güleç C, Köroğlu E (ed), Ankara, Hekimler Yayın BirliğiYayıncılık, s.429-448.

Young LT, Bagby M, Cooke RG, Parker JDA, Levitt AJ, Joffe RT. A comparison of tridimensional personality questionnaire dimensions in bipolar disorder and unipolar depression. Psychiatry Research, 58:139–43, 1995.

8.EKLER

8.1.Etik Kurul Kararı

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi yerel etik kurulundan Ekim 2013 içinde onay alınmıştır.

8.2.Yazım Kuralları

Bu tez protokolünde Türk Psikiyatri Dergisi tarafından önerilen yazım kuralları uygulanmıştır.

Ayrıntılı bilgi için:
http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=yazarlaraBilgi

8.3.Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyesi Yıldız Akvardar ve Osman Kaan Kora'nın danışmanlığında Azer Bağırov tarafından yürütülen araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır. Bu çalışmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız herhangi bir şey varsa çekinmeden sorunuz.

ÇALIŞMANIN ADI

Bipolar Hastalarda Alkol-Madde Kullanımı ve Karakter ve Mizaç Özelliklerinin incelenmesi

ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışma, özelleşmiş duygudurm polikliniğimizde tedavi gören bipolar I ve II tanılı hastaların alkol-madde kullanım sıklığı ve özelliklerinin karakter ve mizaç özellikleriyle ilişkisini incelemeyi hedeflemektedir

PROSEDÜRLER

Bu çalışmaya katılmaya gönüllü olmanız halinde Dr. Azer Bağırov sizinle hastalık öykünüzle ilgili bilgi almak için yüz yüze görüşme yapacaktır ve kağıt-kalem ile bazı soruları cevaplandırmanız istenecektir.Yüz yüze görüşme ortalama 50 dakika, tüm anketlerin tamamlanmasıysa ortalama 30 dakika sürecektir.

OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR

Çalışma bilinen herhangi bir fiziksel ya da duygusal risk taşımamaktadır.

TOPLUMA VE/VEYA DENEKLERE FAYDASI

Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanır. Katılımınız ile bipolar bozukluğun ortaya çıkmasını, gidişatını, prognozunu, etkileyebilecek kişilk özellikleri saptanmaya çalışılacak, veriler ile gelecekteki araştırmalara ışık tutulmaya çalışılacaktır.

GİZLİLİK

Çalışmada toplanan hiçbir veri sizin adınız ile hiçbir zaman eşleştirilmeyecek ve verileriniz isimsiz olarak incelenecektir. Gizlilik tanımlanmış bir kodlama prosedürüyle sağlanacak ve kod çözümüne erişim yalnızca çalışmanın sorumlusu araştırmacı ve araştırma danışmanı ile sınırlı kalacaktır. Tüm veriler, sınırlı erişime sahip güvenli ve şifreli bir veritabanında tutulacaktır. Çalışmanın sonunda elde edilen bütün orijinal veriler imha edilecektir.

HASTA ONAY FORMU:

Marmara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda görevli Prof. Dr. Yıldız Akvardar, Prof. Dr. Kaan Kora ve Dr. Azer Bağırov tarafından yürütülen 'Bipolar Hastalarda Alkol-Madde Kullanımı ve Karakter ve Mizaç Özelliklerinin incelenmesi' isimli çalışmayla ilgili bilgilendirme formunu okudum. Sorularıma Dr. Azer Bağırov tarafından beni tatmin eden cevaplar verildi. Ayrıca hakkımda öğrenilen bilgilerin onayım olmadan araştırma dışında kullanılmayacağı konusunda aydınlatıldım. Bu çalışmaya kendi rızam ile hiçbir baskı altında kalmadan katılmayı kabul ediyorum. İstediğim anda çalışmadan çıkabileceğim ve çalışmadan kendi isteğimle çıkmamla tıbbi ve hukuki haklarımın korunmasını değiştirmeyecektir.
Not: Bu form iki kopya halinde düzenlenecek ve bir kopyası gönüllüye verilecektir.

Gönüllünün

Adı-Soyadı :
Tarih :
Protokol No :
Adres :
Tel : İmza

Açıklama Yapan Araştırmacının

Adı-Soyadı :
İmza :

8.4.MÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Çalışma Görüşme Formu

3. Adı Soyadı:

4. Cinsiyet: 1)Kadın 2)Erkek

5. Yaş: ___

6. Doğum tarihi (GG/AA/YYYY):

7. Medeni durum: 1) Evli 2) Bekar 3)Boşanmış 4) Dul

8. Yaşadığı yer:

9. Geliş şekli: 1) Kendi isteğiyle 2) Yakınları tarafından 3) Doktor önerisiyle

10. Eğitim düzeyi: 1) İlkokul 2)Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5)Yüksek Lisans

11. Eğitim yılı:

12. Meslek: 1) İşsiz 2) Çiftçi 3) Serbest 4)Ev kadını 5) Emekli 6) İşçi 7) Memur 8) Özel sektör çalışanı 9)Öğrenci

13. Çocuk sayısı:

14. Ailesinde kaç kardeşler:

15. Kaçıncı çocuk:

16. Sosyoekonomik durum: 1) Alt 2) Orta 3) Üst

17. Kiminle yaşıyor: 1) Ailesiyle 2)Yalnız 3)Arkadaşla 4) Kurumda

18. 19. 20. Aile Öyküsü: 0) Yok 1) BP 2) UPD 3) Şizoafektif bozukluk 4) Şizofreni 5)Alkol 6)Madde 7) İntihar

21. Eşlik eden hastalık: 0) Yok 1)Psikiyatrik 2) Non-Psikiyatrik 3)İkisi de

22. Eşlik eden hastalığı tanımlayınız:

23. **Bipolar hastalık** başlama yaşı:

24. İlk epizod tipi: 1)mani 2)hipomani 3)depresyon 4)mikst

25. Toplam epizod sayısı:

26. Toplam hospitalizasyon sayısı:

27. Manik epizod/depresyon oranı:

28. Mikst epizod/toplam epizod:

29. Psikososyal stres -atak ilişkisi (+ /toplam epizod %):

30. Epizod şiddeti (%50'den fazlası): 1)hafif 2)orta 3)şiddetli

31. Psikotiklik oranı (+/toplam epizod sayısı):

32. Suisid girişim sayısı: 0)yok 1)tek 2) çoğul

33. Suisid girişim yöntemi: 0)yok 1)ilaç 2)ası 3)atlama 4)ateşli silah 5)diğer

34. Polarite : 1)BP I 2) BP II

36. Tedavi sonrası zemin düzelmesi: 1)Tam 2)Kısmi 3)Yok 4)Kötüleşme

37. Mevsimsel özellik: 0)Yok 1)Depresyon için 2)Mani için 3) İkisi için de

38. Hızlı döngü: 0)Yok 1)Depresyon için 2)Mani için 3) İkisi için de

39. Sürekli Döngü: 0)Yok 1)Var

40. Frekans (sayı/yıl):

41. Varsa kullandığı antidepresan ilaçlar:

42. Varsa kullandığı antipsikotik ilaçlar:

43. Varsa kullandığı diğer duygudurum düzenleyiciler:

3

44. **Alkol kullanımı**: 0)Yok 1)Var

45. İlk kez kaç yaşınızda içki içtiniz?

46. İlk içtiğiniz içki neydi? 1)Bira 2)Şarap 3)Yüksek dereceli

47. Düzenli olarak kaç yıldır içiyorsunuz (haftada 3 veya daha fazla)?

48. Bir oturuşta en fazla ne kadar içki içiyorsunuz? .....standart içki

49. Ortalama bir günde ne kadar içki içiyorsunuz? .....standart içki/gün

50. Ne sıklıkta içki içiyorsunuz?
1)Haftada bir 2)Haftada 2 gün 3)Haftada 3 gün 4)Haftada 4 gün 5)Haftada 5 gün 6)Haftada 6 gün 7)Hergün 8)Ayda bir 9)Ayda birden az

51. Son otuz günde kaç gün içki içtiniz? .....gün

52. İçtiğiniz günün ertesinde hatırlayamadığınız anlar oldu mu? 0)Yok 1)Var

53. Alkol içmediğiniz en uzun süre kaç gündür? .....gün

54. En son ne zaman alkol aldınız? .....gün önce

55. En son ne kadar alkol aldınız? ..... standart içki

56. Yaşantınızda haftada 3 gün veya daha fazla içtiğiniz bir dönem oldu mu?
0) Hayır 1) 1 kere 2) 2 kere 3) 3 kere 4) 4 kere 5) 5 veya daha fazla kere

57. Bu dönem(ler) ne zaman (kaç yıl önce) başladı?

58. Bu dönemler ortalama ne kadar sürdü?

59. Düzenli olarak alkol kullandığınız dönemlerin epizodlarla ilişkisi var mı? 0) Yok 1) Var

CAGE

60. Hiç şimdiye kadar içmeyi kesmeniz gerektiğini düşündünüz mü? 1)E__ 0)H__

61. İçmenizle ilgili başkalarının eleştirilerinden sıkıldınız mı? 1)E__ 0)H__

62. Hiç şimdiye kadar kendinizi kötü veya suçlu hissettiğiniz oldu mu? 1)E__ 0)H__

63. Hiç şimdiye kadar sinirleriniz yatıştırmak veya akşamdan kalma halinizi gidermek için sabah ilk iş olarak içki içtiniz mi? 1)E__ 0)H__

64. CAGE skoru: ____

65. AUDIT skoru: ____

66. **Sigara-tütün kullanımı**: 0)Yok 1)Var

67. Son bir ayda kaç gün sigara kullandınız?

68. Günde ne kadar sigara kullanıyorsunuz (adet sigara)?

69. Kaç yıldır düzenli olarak sigara kullanıyorsunuz?

70. Sigara kullanmadığınız en uzun süre kaç gündür?

71. Başlama yaşı:

72. Sigara (Paket/Yıl):

73. Bıraktıysanız kaç yıldır sigara içmiyorsunuz:

74. **Madde kullanımı**: 0)Yok 1)Var

75. Hangi madde: 0)Kullanmıyor/Sadece nikotin 1)Esrar 2) Benzodiyazepin 3)Opioid 4)Stimulan 5)Halüsinojen 6)İnhalan 7)Diğer 8)Çoğul

76. Madde(ler)in tam adı:

77. Yaşantınızda madde kullandığınız bir dönem oldu mu?

0) Hayır 1) 1 kere 2) 2 kere 3) 3 kere 4) 4 kere 5) 5 veya daha fazla kere

78. Bu dönem(ler) ne zaman (kaç yıl önce) başladı?

79. Bu dönemler ortalama ne kadar sürdü?

80. Madde kullandığınız dönemlerin epizodlarla ilişkisi var mı? 0) Yok 1) Var

Madde	Son bir ayda kaç gün____ kullandınız?	Günde ne kadar _____ kullanıyorsunuz?	Kaç yıldır düzenli olarak ____ kullanıyorsunuz?	_____ 'yı kullanmadığınız en uzun süre kaç gündür?	Başlama yaşı
Nikotin		adet/sigara			
Esrar		adet/gram			
Benzodiyazepin (diazepam, alprazolam, klonazepam, lorazepam, oksazepam) mg/gün		mg/gün			
Opioid (eroin, morfin, kodein,dolantin, metadon)					
Stimulan					
Halüsinojen (LSD,Mantar,psilosilin,meskalin)					
İnhalan					
Diğer(…. Madde)					

Hiç damar yoluyla madde kullandınız mı? 0: Hayır , 1:Evet

Damar yoluyla kullanılan madde ismi?

1:eroin, 2:petidin, 3:diğer opioidler 4:kokain

5:ketamin 6:benzodiazepin 7.diğer (…….. belirtiniz)

Şimdiye kadar alkol/madde kullanmayı bırakabildiniz mi? 0. Hayır 1. Evet

Nasıl bıraktınız? 1. kendi çabası, 2. ayaktan tedavi 3. yatarak tedavi

Alkol/madde kullanımı nedeniyle hastane yatışı gerekti mi? 0. Hayır 1. Evet

Hastaneye yatışınızda tanı ne idi?

1.alkol bağımlılığı 2. alkol kötüye kullanımı 3. madde bağımlılığı, 4. madde kötüye kullanımı 5. çoğul madde bağımlılığı, 6. çoğul madde kötüye kullanımı, 7. riskli alkol kullanımı

Alkol ve madde nedeniyle kaç kez yatarak tedavi gördünüz? …… kez

Ailenizde alkol /madde kullanımı nedeniyle sorun yaşayan kimse var mı?

0. yok 1. eşi 2. baba 3. anne 4. kardeşi 5. çocuğu 6. amca /dayı

Alkol/madde kullanımı ilişkilerinizde sorun yaratıyor mu? 0. Hayır 1. Evet

Geçmişte hiç nöbet geçirdiniz mi? (öyküde konvülsiyon) 0. Hayır 1. Evet

Geçmişte delirium tremens öyküsü var mı? 0. Hayır 1. Evet

Hepatit ? 0. Hayır 1. Evet

HIV öyküsü? 0. Hayır 1. Evet

Fiziksel hastalık öyküsü ? 0. Hayır 1. Evet

8.5. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme

DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI İÇİN
YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME

PUANLAMA CETVELİ

SCID-I

KLİNİK VERSİYON

Michael B. First, M.D.
Robert L. Spitzer, M.D.
Miriam Gibbon, M.S.W.
Janet B. W. Williams, D.S.W.

Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry
Columbia University
New York, New York

Hastanın adı: _____

Kayıt Numarası: _____ Değerlendirme Tarihi: _____

Doktor: _____

Bilgi kaynakları (tüm başvuranları kontrol ediniz):
- ❑ Hasta
- ❑ Aile/arkadaş/eşlik edenler
- ❑ Sağlık personeli
- ❑ Tıbbi kayıtlar

SCID-CV TANI ÖLÇÜTLERİ

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Şu anda	Yaşam Boyu	
		Bipolar I Bozukluğu (D4. s. 36)
❒	❒	296.40 Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Hipomanik
❒	❒	296.0x Bipolar I Bozukluğu, Tek Manik Epizod
❒	❒	296.4x Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Manik
❒	❒	296.6x Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Mikst
		296.5x Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Depresif
		belirleyiciyi beşinci-basamakta gösteriniz:
		__ 1 — Hafif
		__ 2 — Orta Derecede
		__ 3 — Psikotik Özellikler Olmayan, Ağır
		__ 4 — Psikotik Özellikler Olan, Ağır
		__ 5 — Kısmi Remisyonda
		__ 6 — Tam Remisyonda
		__ 0 — Belirlenmemiş
		296.7 Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Belirlenmemiş
		Diğer Bipolar Bozukluklar
❒	❒	296-89 Bipolar II Bozukluğu (s. 37, D9)
		belirleyicileri gösteriniz:
		__ hipomanik
		__ depresif
❒	❒	301.13 Siklotimik Bozukluk (s. 37, D12)
❒	❒	296.80 BTA Bipolar Bozukluk (s. 37, D12)
		Majör Depresif Bozukluk (s. 38, D16)
❒	❒	296.2x Majör Depresif Bozukluk, Tek Epizod
❒	❒	296.3x Majör Depresif Bozukluk, Rekürran
		belirleyiciyi beşinci basamakta gösteriniz:
		__ 1 — Hafif
		__ 2 — Orta Derecede
		__ 3 — Psikotik Özellikler Olmayan, Ağır
		__ 4 — Psikotik Özellikler Olan, Ağır
		__ 5 — Kısmi Remisyonda
		__ 6 — Tam Remisyonda
		__ 0 — Belirlenmemiş
		Diğer Depresif Bozukluklar
❒		300.4 Distimik Bozukluk (s. 23, A60)
❒	❒	311 BTA Depresif Bozukluk (s. 39, D19)

MADDE KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

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

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

❒	❒	300.21	Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu (s. 49, F23)
❒	❒	300.01	Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu (s. 49, F24)
❒	❒	300.03	Obsesif Kompulsif Bozukluk (s. 52, F38)
❒	❒	309.81	Posttravmatik Stres Bozukluğu (s. 56, F64)
❒	❒	300.0	BTA Anksiyete Bozukluğu (s. 57, F71)
❒	❒	293.84	Genel Tıbbi Duruma Bağlı Ankiyete Bozukluğu (s. 60, F86)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

belirleyiciyi gösteriniz:

__ Yaygın Anksiyete ile Birlikte

__ Panik Ataklarıyla Birlikte

__ Obsesif Kompulsif Semptomlarla Birlikte

8.6.Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Orijinalinde son 48 saat, ancak son yıllarda yapılan pek çok çalışmada son bir hafta değerlendirmeye alınmaktadır. Hastanın söylediklerinden çok klinisyenin kanaati önemlidir. Bu çalışmada uygulanmamıştır ancak katılınan bir geçerlik güvenilirlik çalışmasında 0-4 puanlı maddelerde (1, 2, 3, 4, 7, 10, 11) klinisyen karar veremiyorsa (örneğin 2 mi, 3 mü gibi) daha büyük olan puanı vermesi, 0-8 puanlı maddelerde (5, 6, 8, 9) ise aradaki değeri alması (yani 2 mi, 4 mü karar verilemiyorsa 3 puan verilmesi gibi) önerilmiştir. Tanı koymak amacıyla değil, o anki manik durumun şiddetini belirlemek için kullanılır. Ölçekteki her bir üst basamağın kendinden önceki alt basamakları kapsadığı kabul edilir. 15-30 dakikalık bir görüşme ile uygulanır. Hastanın kendi ifadelerine izin verilir. Görüşme anındaki değerlendirme dışında servis personeli ya da hasta ailesinden bilgi alınabilir.

1) Yükselmiş duygudurum

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

2) Hareket ve enerji artışı

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

3) Cinsel ilgi

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

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır

2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır

3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor

4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkâr ediyor

5) İritabilite

0. Yok

2. Kendisi arttığını belirtiyor

4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları

6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor

8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok

2. Kendini konuşkan hissediyor

4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve lâf kalabalığı

6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma

8. Basınçlı; durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok

1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış

2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması

3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali

4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal

2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, plânlar

4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar

6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri

8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın

2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor

4. Tehdide varacak derecede talepkâr

6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç

8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım

1. Hafif derecede dağınıklık

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

3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj

4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

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

1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor

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

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

4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkâr ediyor

8.7.Montgomery ve Åsberg Depresyon Ölçeği (M.Å.D.R.S.)

Değerlendirme, belirtilere ilişkin daha açık uçlu sorulardan başlayarak, ayrıntılı olanlara doğru ilerleyen şiddetin kesin bir şekilde derecelendirilmesini sağlayan soruların sorulduğu bir klinik görüşmeye dayanmalıdır. Ölçümü yapan, ölçümün tanımlanan ölçek basamaklarında mı (0-2-4-6), yoksa bu basamakların arasında mı (1-3-5) derecelendirileceğine karar vermelidir.

Ölçekteki maddelere göre derecelendirilemeyen bir depresif hastayla karşılaşmanın çok seyrek olabileceğini hatırda tutmak önemlidir. Hastadan kesin yanıtlar alınamıyorsa, değerlendirme alışılagelen klinik uygulamalardaki gibi, tüm ilgili ipuçları ve diğer kaynaklardan edinilen bilgiler temel alınarak yapılmalıdır. Ölçek, ölçümler arasındaki herhangi bir zaman aralığı için kullanılabilir; değerlendirme haftada bir ya da farklı süreler için yapılabilir, ancak bu süre mutlaka kaydedilmelidir.

I. GÖRÜNEN KEDER

Duruş, konuşma ve yüz ifadesine, yeis, hüzün ve ümitsizliğin yansıması (gelip geçici mutsuzluktan
fazladır).
Derinliğine ve neşelenememe derecesine göre derecelendiriniz.

— 0 Kederli değil
— 1
— 2 Keyifsiz görünür, ancak zorluk çekmeden neşelenebilir.
— 3
— 4 Çoğu zaman kederli ve mutsuz görünür.
— 5
— 6 Her zaman çok mutsuz görünür. İleri derecede ümitsizdir.

II. İFADE EDİLEN KEDER

Görünüşe yansısın veya yansımasın, ifade edilen çökkün duygudurumunu tanımlar. Bunlara neşesizlik, yeis ya da yardım edilemeyeceği ve umutsuzluk duyguları da dahildir.
Yoğunluk, süre ve duygudurumun olaylardan ne ölçüde etkilenmekte olduğuna göre değerlendirin.

— 0 Olaylarla ilgili olarak zaman zaman kederlidir.

— 1

— 2 Kederli ve keyifsizdir, ancak kolayca neşelenebilir.

— 3

— 4 Yaygın keder ve hüzün. Duygudurumu yine de dış koşullardan etkilenebilmektedir.

— 5

— 6 Sürekli ve değişmeyen keder, mutsuzluk ya da ümitsizlik.

III. İÇSEL GERGİNLİK

İyi ifade edilmeyen rahatsızlık, huzursuzluk, telâştan, panik, dehşet ya da ıstırap duygularına kadar varan zihinsel gerginlik.

Yoğunluk, sıklık, süre ve yatıştırılma ihtiyacı derecesine göre değerlendirilir.

— 0 Sakindir. Yalnızca gelip geçici bir gerginlik hissi vardır.

— 1

— 2 Zaman zaman huzursuzluk ve iyi ifade edilemeyen rahatsızlık duyguları vardır.

— 3

— 4 Sürekli içsel gerginlik duyguları ya da ara ara gelen hastanın çok zorlanmadan başa çıkabildiği panik halleri mevcuttur.

— 5

— 6 Dinmeyen bir dehşet ya da ıstırap. Başa çıkılamayan bir panik hali.

IV. UYKUDA AZALMA

Bireyin iyi olduğu zamandaki normal uyku düzenine göre uyku süresinde ya da derinliğindeki azalmadır.

— 0 Her zamanki gibi uyumaktadır.

— 1

— 2 Uykuya dalmakta biraz zorlanma ya da hafifçe azalmış, yüzeysel ya da dinlendirmeyen uyku mevcuttur.

— 3

— 4 Uyku en az iki saat kısalmış ya da toplam olarak en az iki saat süre ile bölünmüştür.

— 5

— 6 İki ya da üç saatten az uyumaktır.

V. İŞTAH AZALMASI

İyi olduğu zamana göre iştah azalması.

Yemeğe karşı istek kaybı ya da yemek için kendisini zorlama ihtiyacına göre derecelendirin.

— 0 Normal ya da artmış iştah.

— 1

— 2 İştah biraz azalmıştır.

— 3

— 4 İştah yoktur. Yemekler tatsızdır.

— 5

— 6 Yemek yemesi için zorlanması gerekmektedir.

Montgomery-Asberg Depresyon De¤erlendirme Ölçe¤i

VI. DİKKATİNİ TOPLAMAKTA GÜÇLÜK

Kişinin düşüncelerini toplamasındaki güçlüklerden, iş güç görebilmesine engel olan tam bir dikkat kaybına kadar değişir. Şiddet, sıklık ve ortaya çıkan yetersizlik derecesine göre değerlendirin.

— 0 Dikkat toplama güçlüğü yoktur.

— 1

— 2 Kişi düşüncelerini toplamakta zaman zaman güçlük çeker.

— 3

— 4 Okumayı ya da bir konuşmayı sürdürmekte bozulmaya yol açan, dikkatini toplama ve düşüncenin sürdürülmesinde güçlük.

— 5

— 6 Büyük güçlükle okuyabilir ya da konuşmasını sürdürebilir.

VII. BİTKİNLİK/YORGUNLUK

İşlere başlamada ya da sürdürmede görülen güçlük ya da yavaşlık.

— 0 Başlama güçlüğü hemen hemen hiç yoktur. Hareketlerde ağırlık bulunmamaktadır.

— 1

— 2 Faaliyetlere başlamakta güçlük.

— 3

— 4 Basit gündelik işlere zor başlanır ve bu işler gayret sarfederek yürütülür.

— 5

— 6 Tam bir yorgunluk/bitkinlik. Hiçbir şeyi yardımsız yapamaz.

VIII. HİSSEDEMEME

Çevreye karşı veya normalde haz veren şeylere karşı ilginin azalması. Olaylara ya da kişilere

yeterli duygusal tepki verme yeteneği azalmıştır.

— 0 Çevreye ve diğer kişilere karşı normal ilgi.

— 1

— 2 Her zamanki ilgilerden hoşlanma yeteneğinde azalma.

— 3

— 4 Çevreye karşı ilgi kaybı. Arkadaşlara ve tanıdıklara karşı duygu kaybı.

— 5

— 6 Duygusal olarak felç olma hissi, öfke, elem ya da haz hissedememe ve yakın akraba ve arkadaşlara karşı tam ve hatta acı veren duygu kaybı.

IX. KÖTÜMSER DÜŞÜNCELER

Suçluluk, aşağılık duyguları, kendini kınama, hor görme, günahkârlık, pişmanlık ve yıkılmışlık

duyguları

— 0 Kötümser düşünceler yoktur.

— 1

— 2 Başarısızlık, kendini kınama ya da kendini aşağılama ile ilgili gelip giden düşünceler.

— 3

— 4 Devamlı kendini suçlama ya da kesin olarak varolan ancak gerçeğe uygun suçluluk ya da günahkârlık düşünceleri. Gelecek hakkında kötümserliği gittikçe artar.

— 5

— 6 Yıkılmışlık, pişmanlık ya da affedilmez günahkârlık hezeyanları. Sarsılmaz ve anlaşılmaz

bir şekilde kendini suçlama.

X. İNTİHAR DÜŞÜNCELERİ

Hayatın yaşanmaya değer olmadığına ilişkin duygular, kendiliğinden ölmeyi arzulamak, intihar

düşünceleri ve intihara hazırlanma.

İntihar girişimleri tek başına derecelendirmeyi etkilememelidir.

— 0 Yaşamdan zevk alır ve olduğu gibi kabul eder.

— 1

— 2 Yaşamaktan yorulma. Gelip geçici intihar düşünceleri.

— 3

— 4 Ölse daha iyi olacağını düşünme. İntihar düşünceleri sıktır ve intiharın olası bir çözüm olduğunu düşünür, ancak özel bir plan ya da niyeti yoktur.

— 5

- 6 Fırsat bulduğunda intihar için açık plânlar. İntihar hazırlığı içindedir.

Toplam puan: _____

8.8.Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT)

Soruları yazıldığı gibi okuyun. Cevapları dikkatlice kaydedin. AKBTT'e "Şimdi size bu geçtiğimiz yıl süresince alkollü içecekleri kullanımınızla ilgili bazı sorular sorucağım" diyerek başlayın. "Alkollü içecekler" diyerek ne kastedildiğini, bira, şarap, votka vs.'nin yöresel örneklerini kullanarak açıklayın. Cevapları "standart içki" terimleriyle kodlayın. Doğru cevap numarasını sağdaki kutu içine yerleştirin.

1. Alkol içeren içki ne sıklıkta alıyorsunuz? (0) Asla [Soru 9-10'a geç] (1) Ayda bir ya da az (2) Ayda 2 ila 4 kez (3) Haftada 2 ila 3 kez (4) Haftada 4 ya da daha çok kez	6. Geçtiğimiz yıl süresince ağır içki toplantısından sonra sabahleyin kendinize gelmek için ilk içkiye ne sıklıkta ihtiyacınız oldu? (0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen hergün
2. İçtiğiniz zaman, tipik bir günde alkol içeren kaç tane içki alıyorsunuz? (0) 1 veya 2 (1) 3 veya 4 (2) 5 veya 6 (3) 7, 8 veya 9 (4) 10 veya daha fazla	7. Geçtiğimiz yıl süresince içtikten sonra ne sıklıkta suçluluk ya da pişmanlık duygunuz oldu? (0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen hergün
3. Bir fırsatta altı ya da daha fazla içkiyi ne sıklıkta alıyorsunuz? (0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen hergün Eğer 2 ve 3'üncü Sorular için Toplam Skor = 0 ise, 9 ve 10'uncu Sorulara Geç	8. Geçtiğimiz yıl süresince, içtiğiniz için ne sıklıkta önceki gece ne olduğunu hatırlayamadınız? (0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen hergün
4. Geçtiğimiz yıl süresince, içki içmeye başladığınızda ne sıklıkta kendinizi durduramaz buldunuz? (0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen hergün	9. İçmenizin sonucu olarak siz ya da başka birisi zarar gördü mü? (0) Hayır (2) Evet, fakat geçen yıl içinde değil (4) Evet, geçen yıl süresince
5. Geçtiğimiz yıl süresince içki yüzünden ne sıklıkta sizden normalde beklenileni başaramadınız? (0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen hergün	10. Bir akraba veya arkadaş veya bir doktor veya başka bir sağlık çalışanı içmeniz hakkında endişelendi ya da içkiyi azaltmanızı önerdi mi? (0) Hayır (2) Evet, fakat geçen yıl içinde değil (4) Evet, geçen yıl içinde

8.9.Mizaç ve Karakter Envarteri (Türkçe-TCI)

Mizaç ve Karakter Envanteri

(Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca "D" ya da "Y" seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir. Bir örnek:

ÖRNEK	DOĞRU	YANLIŞ
Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum.	D	Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız, ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için "D"yi yuvarlak içine alınız.)

****

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Lütfen bütünüyle yanıttan emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız.

Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

		DOĞRU	YANLIŞ
1.	Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.	D	Y
2.	Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.	D	Y
3.	Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiirden derinden etkilenirim.	D	Y
4.	Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5.	Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6.	Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7.	Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8.	Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9.	Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10.	Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim.	D	Y
11.	Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12.	Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
13.	İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y
14.	İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15.	Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16.	Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam.	D	Y
17.	Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y
18.	Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.	D	Y
19.	Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.	D	Y
20.	Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21.	Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22.	Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y
23.	Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez "dalgın" olarak adlandırılırım.	D	Y
24.	Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim.	D	Y
25.	Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.	D	Y
26.	Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
27.	Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28.	Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.	D	Y
29.	Bir iş yaparken "yeni ve geliştirilmiş" yollardan çok, eski "denenmiş ve doğru" yolları tercih ederim.	D	Y

30.	Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.	D	Y
31.	Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32.	Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33.	Düşmanlarımın acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.	D	Y
34.	Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35.	Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.	D	Y
36.	Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı.	D	Y
37.	Genellikle o kadar kararlıyımdır ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.	D	Y
38.	Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan bir çok şeye hayran olurum.	D	Y
39.	Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40.	Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41.	Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.	D	Y
42.	Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y
43.	Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44.	Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45.	Gevşemekteyken, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.	D	Y
46.	Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam.	D	Y
47.	Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.	D	Y
48.	Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49.	Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.	D	Y
50.	Ticarette başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51.	Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52.	Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53.	Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54.	Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55.	Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y
56.	Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren, bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57.	Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58.	Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
59.	Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60.	Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61.	Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y

62.	Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63.	Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64.	Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65.	Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66.	Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.	D	Y
67.	Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım.	D	Y
68.	Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69.	Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.	D	Y
70.	Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71.	Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.	D	Y
72.	Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz.	D	Y
73.	İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74.	Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75.	Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.	D	Y
76.	Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77.	Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim.	D	Y
78.	Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79.	Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80.	Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.	D	Y
81.	Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.	D	Y
82.	Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.	D	Y
83.	Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84.	Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duyusu hissederim.	D	Y
85.	Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86.	Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87.	Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88.	Dinsel yaşantılar, yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89.	Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90.	Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y

120.	Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121.	Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122.	Benim için, benden farklı olan insanlara katılanmak güçtür.	D	Y
123.	Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124.	Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.	D	Y
125.	Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.	D	Y
126.	Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127.	Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128.	Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129.	Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
130.	Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131.	Başkaları, benden istediklerini yapmayacağım için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132.	Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim.	D	Y
133.	Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır.	D	Y
134.	Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135.	İyi alışkanlıklar benim için "ikinci mizaç" olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136.	Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam.	D	Y
137.	Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim.	D	Y
138.	Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y
139.	Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140.	Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.	D	Y
141.	Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142.	Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.	D	Y
143.	Özel düşüncelerimden nadiren sözettiğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144.	Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145.	Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146.	Düşmanlarımın acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147.	Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.	D	Y
148.	Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149.	Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile, yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y

150.	Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151.	Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.	D	Y
152.	Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153.	Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar.	D	Y
154.	Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155.	Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156.	Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157.	Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir.	D	Y
158.	Çoğu kez arkadaşlarımın arzularına boyun eğerim.	D	Y
159.	Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160.	Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161.	Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162.	Alışkanlıklarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163.	Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.	D	Y
164.	Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165.	Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166.	Düşündüğümden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167.	Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y
168.	Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım.	D	Y
169.	Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170.	Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171.	İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y
172.	Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	Y
173.	Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.	D	Y
174.	Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175.	Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.	D	Y
176.	Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177.	Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178.	Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179.	Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180.	Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.	D	Y

211.	Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye gore daha geriyimdir.	D	Y
212.	Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.	D	Y
213.	Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214.	Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215.	Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.	D	Y
216.	Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217.	Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218.	Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219.	Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220.	Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221.	Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaları üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.	D	Y
222.	Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223.	Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224.	Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım.	D	Y
225.	Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.	D	Y
226.	Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.	D	Y
227.	Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228.	Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229.	Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam.	D	Y
230.	Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231.	Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232.	Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233.	Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234.	Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235.	Sahtekar olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.	D	Y
236.	Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237.	Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, herşeyi okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238.	Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239.	Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240.	Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y