



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**BİPOLAR TANISI ALMIŞ BİREYLERİN İNTİHAR RİSKİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS DÖNEM PROJESİ

ALEYNA EMİNE AKILLI

İSTANBUL, 2022



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**BİPOLAR TANISI ALMIŞ BİREYLERİN İNTİHAR RİSKİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS DÖNEM PROJESİ

**ALEYNA EMİNE AKILLI
(210134016)**

**Danışman
(Prof. Dr. Gaye Saltukoğlu)**

İSTANBUL, 2022

ETİK BİLDİRİM

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağılı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Aleyna Emine Akıllı

TEŞEKKÜR

Bu çalıőmanın yűrűtűlmesi sırasında desteęini esirgemeyen danıőmanım Prof. Dr. Gaye Saltukoęlu'na, yoęun çalıőmalarım sırasında sabır gűsterdięi ve bana katlandıkları için aileme ve yol arkadaőım Yavuzcan'a, çalıőmalarıma motivasyon kaynaęı olan baőta hocam Uz. Dr. Tahir Őzakkaő'a, sevgili meslektaőlarım Aile Danıőmanı Zeliha Demirci'ye, Uz. Klinik Psikolog Aynur Yıldız'a, Psikolog İrem Eylem Őlmez'e, yazım kuralları denetimi konusunda Durmuő Akyel'e ve çalıőmam sırasında kűűk ve bűyűk yardımını esirgemeyen herkese teőekkűr ederim.

Aleyna Emine Akıllı

BİPOLAR TANISI ALMIŞ BİREYLERİN İNTİHAR RİSKİNİN İNCELENMESİ

Aleyna Emine Akıllı

ÖZET

Araştırma, bipolar bozukluk ile intihar davranışı arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Her iki durum arasındaki ilişkiyi ele almak amacıyla literatürde yer alan çalışmalar incelenmiştir. Bu çalışmalar literatür çalışmaları ve klinik çalışmalar olarak ayrı başlıklarda incelenmiştir. Bipolar bozukluk tanısı, diğer duygudurum bozuklukları arasında görülme sıklığı daha az olan bir tanı olmasına rağmen, kişinin yaşamı için oldukça kritik yanları olan bir bozukluk türü olarak ele alınmaktadır. Söz konusu alanda bipolar bozukluğun tanı kriterleri, nedenleri ve tedavi yaklaşımlarına duyulan ilgi kadar intihar davranışı ile arasındaki ilgi de araştırmacıların dikkatini çekmiştir. Bunun en temel nedeni, bipolar tanısı almış olan hastaların hayatlarının bir kısmında en az bir kere de olsa intihar davranışını sergilemeleridir. Yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlara göre bipolar bozukluğa sahip olmak ve bipolar bozukluğun depresyon sürecinde yer almak intihar için en temel risk faktörünü oluşturmaktadır. Literatürde yer alan araştırmalar incelendiğinde bipolar bozuklukta mani sürecinin intihar için en temel risk faktörü olduğunu ifade eden çalışmalar vardır ancak bu çalışmalar yeterli araştırmalardan uzak olduğu için bipolar bozukluk ve intihar arasındaki ilişkiyi güvenilir şekilde ele almamaktadır. Bu noktada intihar ve bipolar bozukluk arasındaki ilişkiyi ele almak ve hem depresyon hem mani için durumu incelemek adına daha fazla klinik çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler; Bipolar, Bipolar-I, Bipolar-II, Mani, Depresyon, İntihar

EXAMINATION OF THE SUICIDE RISK OF INDIVIDUALS WITH BIPOLAR DIAGNOSIS

Aleyna Emine Akilli

ABSTRACT

The research focused on the relationship between bipolar disorder and suicidal behavior. In order to address the relationship between both conditions, studies in the literature were examined. These studies were examined under separate headings as literature studies and clinical studies. Although the diagnosis of bipolar disorder is less common among other mood disorders, it is considered as a type of disorder that has critical aspects for the person's life. In this area, the interest in the diagnosis criteria, causes and treatment approaches of bipolar disorder as well as the interest in suicidal behavior has drawn the attention of researchers. The main reason for this is that patients diagnosed with bipolar exhibit suicidal behavior at least once in their lives. According to the results obtained from the research, having bipolar disorder and being involved in the depression process of bipolar disorder constitute the most basic risk factors for suicide. When the studies in the literature are examined, there are studies that state that the mania process in bipolar disorder is the most basic risk factor for suicide, but these studies do not reliably address the relationship between bipolar disorder and suicide because they are far from adequate studies. At this point, more clinical studies are needed to address the relationship between suicide and bipolar disorder and to examine the situation for both depression and mania.

Keywords; Bipolar, Bipolar-I, Bipolar-II, Mania, Depression, Suicide

ÖNSÖZ

‘Bipolar Tanısı Almış Bireylerin İntihar Riskinin İncelenmesi’ adlı çalışmada benden desteğini esirgemeyen Psikoterapi Enstitüsü Derneğine teşekkür ederim.

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesindeki destek ve katkılarından dolayı danışmanım Prof. Dr. Gaye Saltukoğlu’na teşekkür ederim.

Proje çalışmam sürecinde yanımda olan aileme özellikle sevgili anneme ve babama teşekkürü bir borç bilirim. Hayatımın her alanında olduğu gibi, çalışmamı hazırlarken de her aşama da bana yardımcı olan sevgili nişanlılık Yavuzcan Demir’e sonsuz teşekkür ederim.

21.08.2022

Aleyna Emine Akıllı

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ.....	vi
ŞEKİL TABLOSU	ix
KISALTMALAR	x
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI	3
1.1. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI NEDİR?	3
1.1.1.DMS-5'e göre Duygudurum Bozuklukları.....	4
ŞEKİL 1. DSM-5 Duygudurum Bozuklukları.....	5
2.1.2. ICD-10'a göre Duygudurum Bozuklukları	6
1.2. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI SIKLIĞI.....	7
1.3. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI RİSK FAKTÖRLERİ	8
İKİNCİ BÖLÜM BİPOLAR BOZUKLUK.....	10
2.1. BİPOLAR BOZUKLUK NEDİR?	10
2.2. TANI VE SINIFLANDIRMASI	13
2.3. EPİDEMİYOLOJİ.....	17
2.4. ETİYOLOJİ.....	18
2.4.1. Genetik Faktörler	18
2.4.3. Biyolojik Faktörler	20
2.4.4. Psikodinamik Faktörler	20
2.5. KLİNİK SEYİR.....	21
2.6. TEDAVİ	22
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM İNTİHAR.....	24
3.1. İNTİHAR NEDİR?.....	24
3.2. İNTİHAR DAVRANIŞI VE TEORİK YAKLAŞIMLAR.....	25
3.2.1. Durkheim İntihar Teorisi.....	25
3.2.2. Menninger İntihar Teorisi	26
3.2.3. Beck ve Ekibi İntihar Teorisi.....	26
3.3. İNTİHARIN EPİDEMİYOLOJİSİ.....	27

Şekil 4. HİPOTEZ VE YÖNTEM	28
4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZİ.....	28
4.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	29
Şekil 5. BİPOLAR BOZUKLUK VE İNTİHAR İLİŞKİSİ	30
5.1. LİTERATÜR ÇALIŞMALARI.....	30
5.2. KLİNİK ÇALIŞMALAR	33
SONUÇ.....	36
KAYNAKÇA	38

ŞEKİL TABLOSU

Sayfa

Şekil 1. DSM-5 Duygudurum Bozuklukları.....	6
---	---

KISALTMALAR

APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması

GİRİŞ

İntihar davranışı dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur ve birçok disiplin alanı ve tüm toplum için büyük bir zordur. Buna göre, intiharın öngörülmesi ve önlenmesi giderek daha fazla dikkat çekmektedir, ancak intiharın çok nedensel ve karmaşık fenomenleri, etiyolojisini ve intihar davranışının ortaya çıkmasında rol oynayan faktörleri anlamaktan hala çok uzaktayız. Yapılan araştırmalarda intiharın nedenleri ve önleyici olabilecek yöntemler üzerinde durulmakta ancak araştırmalarda genel bir fikir birliği ve önleyici yaklaşım ortaya konulamamaktadır (Angst vd., 2005).

İntihar mağdurlarının büyük çoğunluğu majör duygudurum bozukluğu olan hastalardır, bu nedenle psikiyatrik araştırmalar intihar davranışının öngörülmesi ve önlenmesinde yer alan kilit noktaların belirlenmesinde önemli bir rol oynamalıdır. Günümüzde değişen şiddette ve ölümcüllüğe sahip intihar girişimleri 20 ila 30 kat daha yaygındır ve geçmişe göre daha da yüksek intihar düşüncesi prevalansı tahmin edilebilir (Tondo ve ark., 2007). Tahmini değerlerine göre kurulmuş intihar risk faktörleri hiyerarşisini göre, psikiyatrik-tıbbi risk faktörleri intihar tanılarının %90'ının en az bir tanısı, % 26-55 ile en sık majör depresif bölüm, madde kullanım bozukluğu ya da şizofreni tanısı vardır (Rihmer ve Gonda, 2011). Çeşitli tıbbi durumlar ve kişilik bozuklukları da sıklıkla mevcuttur (Cassidy, 2011). Genel olarak, diğer tıbbi (hem psikiyatrik hem de somatik) koşullar arka planda olsa bile, depresif dönem intihar davranışının gerçek çökmesine yol açan ortak son yol olabilir (Akiskal, 2007). Bununla birlikte, ruhsal bozukluklar ve intihar davranışı arasında karmaşık bir ilişki vardır ve majör depresif bozukluk tanısı alan hastalarının çoğunluğu asla intihar girişiminde bulunmaz veya intihar etmez (Ahrens vd., 2005).

Majör depresif bozukluğu olan tüm affektif hastalardan hastalığının bir noktasında, bipolar bozukluk en yüksek intihar oranını taşır ve tamamlanmış intiharı olan bipolar hastalar arasında yarısından fazlası ölümlerle sonuçlanan intihar davranışı

sergiler (Cassidy, 2011; Tondo vd., 2003). Bipolar II bozukluk, nüfusun yaklaşık 0.4% etkiler. Ayrıca, ergenlerle ilgili son prospektif çalışmaların çoğu bipolar II prevalans oranları % 3-4 olarak tahmin etmektedir (Merikangas ve Lamers, 2012). Bipolar bozukluğun giderek daha fazla tanınmasına rağmen, halen az tanınmakta, tanısı zor konulmakta, tedavi oranları düşük olmakta ve sıklıkla kötü muamele görmektedir (Dunner, 2003; Rihmer ve Angst, 2005). Bipolar bozukluk hala belirgin bir erken mortalite ile ilişkilidir ve ölüm oranı genel popülasyona göre 2-3 kat daha yüksektir (Muller Oerlinghausen vd., 2002). Bipolar bozukluk hastalarında bu artmış ve zamansız ölüm kısmen kazalara, tıbbi hastalıklara ve madde bağımlılığına bağlıdır, ancak bipolar hastalarda aşırı ölümcüllüğün en büyük kısmı intihardan kaynaklanmaktadır (Sher vd., 2006). Bipolar bozukluğu olan hastalar intihar düşüncesi, girişimleri ve ölümcül intiharlar için eşit derecede yüksek risk altındadır (McIntyre vd., 2008). Çalışmalar ve incelemeler genel nüfusa göre bipolar hastalarda intihar göreceli hızı hakkında farklıdır ve bu değerler genel nüfusa göre 30-60 kat daha yüksek bir değere sahiptir.

Yayınlanan verileri sentezleyerek ele alan bir araştırmaya göre bipolar hastaların yaklaşık üçte biri ile yarısı yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunur ve bipolar hastaların yaklaşık % 15-20'si intihar nedeniyle ölür (Benazzi, 2003). Ayrıca bipolar bozuklukta intihar davranışı genel popülasyona göre çok daha ölümcüldür. Tamamlanmış intihar, ABD'de genel popülasyondaki her 30 girişim için bir kez ve bipolar hastalarda her 3-4 girişim için bir kez meydana gelir (Simon vd., 2004).

Yapılan araştırmalarda intihar açısından önemli bir risk meydana getiren ruhsal sorunlar şizofreni, şizoafektif bozukluk ve bipolar bozukluk olarak ele alınmaktadır. Ele alınan bu ruhsal bozukluklar intihar için zemin hazırlayıcı olan majör depresif bozukluk ile ilişkilendirilmiştir. Ek olarak intihar ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan hastalarda intihar birincil risk faktörünü oluşturmaktadır. Araştırmalar da özellikle bu tanılarla beraber ele alınmaktadır (Orum ve Eğilmez, 2018). Araştırmanın bu doğrultuda amacı bipolar bozukluk ile intihar arasındaki ilişkiyi incelemek, bipolar bozukluk I ve bipolar bozukluk II ile intihar arasında olan ilişkiyi literatürde yer alan araştırmalar bağlamında ele almaktır.

1. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

1.1. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI NEDİR?

Ruh hali, içsel bir şekilde kanıtlanan ve bireyin dış dünyasında yer alan davranışların hemen hemen her yönünü etkileyen yaygın ve sürekli bir duygu tonu olarak tanımlanmaktadır. Buna karşılık duygudurum bozuklukları olarak ifade edilen kavram, bireyin duygusunda yer alan belirgin boyutlardaki bozulmaları ifade etmektedir (Merikangas vd., 2010). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5), duygudurum bozukluklarını ifade ederken, bunlar genel olarak bipolar bozukluk, siklotimi, hipomani, majör depresif bozukluk, kalıcı depresif bozukluk ve adet öncesi depresif bozukluk olarak ifade edilir. Buna karşılık üzüntü, sevinç ve keder gündelik insan yaşamının birer parçası olarak deneyimlenen duygular olarak ele alınırlar. Bir kişinin kendisini mutsuz, kederli ya da üzgün hissediyor olması gündelik duygu halinin birer parçası olarak ele alınır. Bunlar insanların gündelik hayatta karşı karşıya kalmış oldukları durumlara vermiş oldukları normal ve adaptif durumlar olarak ele alınır (Furukawa, 2010).

Ruh sağlığı uzmanları duygudurum bozukluklarını ifade ederken daha çok depresyon ve bipolar bozukluğu ifade etme eğilimi gösterirler. Bunun temelinde yatan önemli nokta, depresyon ve bipolar bozukluğun diğer duygudurum bozuklukları arasında daha yüksek tanı oranlarına sahip olmasıdır. Duygudurum bozuklukları, günlük görevlere ve yaşamın beklentilerine uyum sağlama noktasında sorun yaşamaya ve bu alanlarda zorluklar ile karşı karşıya kalınmasına neden olabilecek özelliklere sahiptir. Kişinin duygudurum bozukluğuna sahip olmasına bağlı olarak genel çerçevede yapılan işlere karşı ilginin azalması, tükenmişlik, çeşitli uyku ve yeme gibi sorunlara sahip olması tanımlama sırasında en çok karşılaşılan özellikleri ifade etmektedir (Phillips vd., 2018).

DSM-5 ile beraber duygudurum bozuklukları genel olarak iki başlık olarak ele alınmaya başlamıştır. Bunlar; bipolar ve ilişkili bozukluklar ile depresif bozukluklar olarak iki başlık altında ele alınır. Ancak bu sınıflandırma ve tanımlama yalnızca DSM ile sınırlı kalmaz. Bu sınıflama ve tanımlama süreci DSM gibi Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD), bu kategoride yer alır (Kolar, 2017). Duygudurum

bozukluklarını daha iyi anlamak ve farklı sınıflandırma, tanımlama şekillerinde ne şekilde ele alındıklarını incelemek adına her iki alanda da genel bir bakış açısı elde edilecektir.

1.1.1.DMS-5'e göre Duygudurum Bozuklukları

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı olan DSM, klinisyenler ve psikiyatristler tarafından hastalıkları teşhis etmek için yaygın olarak kullanılan el kitabıdır . Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan DSM, hem yetişkinler hem de çocuklar için tüm ruh sağlığı bozuklukları kategorilerini kapsar. Buna göre DSM-5'te yer alan duygudurum bozuklukları ve alt başlıkları bipolar bozukluğu anlamak adına kolaylaştırıcı olacaktır (Kring vd., 2017).

DSM-5 duygudurum bozukluklarını genel olarak iki başlık altında ele almaktadır. Bunlar depresif bozukluklar ve iki uçlu (bipolar) bozukluklar olarak ele alınırlar (Solomon vd., 2000).

1. Depresif bozukluklar: majör depresif bozukluk, süreğen depresif bozukluk, adet öncesi disforik bozukluk, yıkıcı duygudurum düzensizlik bozukluğu olarak alt başlıklara ayrılırlar. Depresif bozukluklarının klinik olarak tablosunda genel belirtiler söz konusu olur (Simon vd., 2002). Bunlar;

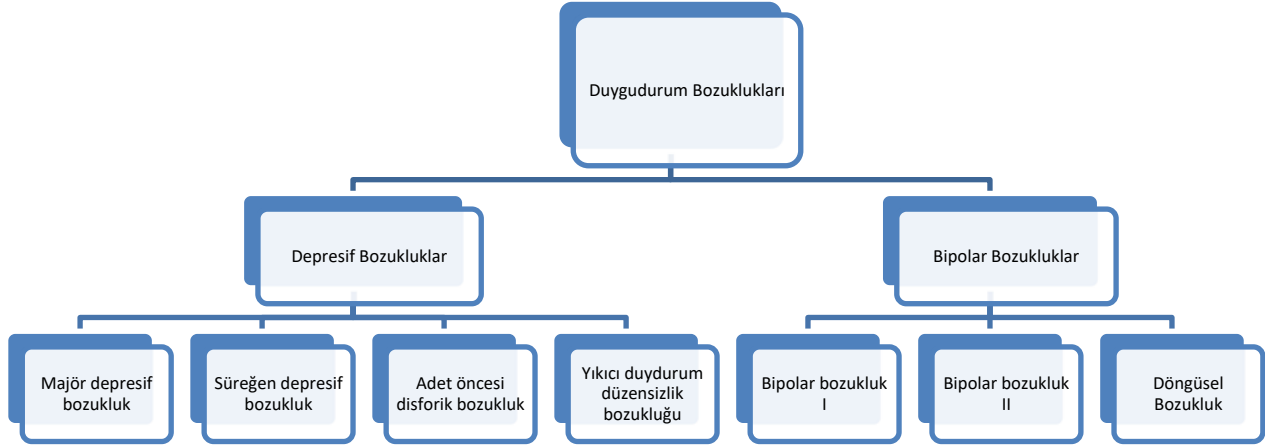
- Derinleşmiş bir üzüntüye sahip olmak ya da zevk almada önemli bir kaybın meydana gelmesi,
- Umutsuzluk eğilimlerinin fazla olması,
- Suçluluk hissi,
- Dikkat gerektiren durumlarda zorluk yaşama,
- Uyku ve yeme alanlarında artış ya da azalmayla kendisini gösteren sorunların var olması,
- Düşüncelerin ve hareketlerin yavaşlaması,
- Sosyal olarak geri çekilme davranışlarının meydana gelmesi,
- Öz kıyım düşüncelerinin var olması depresif bozuklukların genel klinik seyrinin ifade eder (Klein, 2006).

DSM-5 sınıflamasında yer alan depresif bozukluklar majör depresif bozukluk, distimik bozukluk, yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, premenstrüel

disforik bozukluk, maddele ve ilaç kaynaklı depresif bozukluk, başka medikal duruma bağlı depresif bozukluk ve tanımlanmamış depresif bozukluk olarak ele alınır. Duygudurum bozukluğu olarak ifade edilen grupta yer alan depresif bozukluklar için tanı konulabilmesi adına hiçbir zaman manik ya da hipomanik bir nöbetin var olmaması önemlidir. Bu nedenle araştırma konusu olan bipolar bozukluğu anlayabilmek için depresif bozukluklar ile arasındaki farkın yeterli şekilde anlaşılması gerekir (Klein, 2006).

DSM-5'te yer alan bir diğer önemli duygudurum bozukluğu grubu ise araştırmanın da temel konusu olan Bipolar bozukluklardır. DSM-5 için bipolar bozukluk bipolar bozukluk I, bipolar bozukluk II ve döngüsel (siklotimi) bozukluklar olarak üç ayrı kategoride ele alınır (Kring vd., 2017).

Şekil 1. DSM-5 Duygudurum Bozuklukları



Kaynak: (Kring vd., 2017)

Şekil 1'de yer alan tabloda DSM-5'e göre duygudurum bozukluklarının sınıflandırması haritalandırılmıştır. Araştırmada bipolar bozukluklar için detaylı bilgi bir sonraki bölümde detaylı olarak ele alınacağından bu kısımda yalnızca bipolar bozukluğun bir üst başlığı olan duygudurum bozuklukları ele alınmıştır.

2.1.2. ICD-10'a göre Duygudurum Bozuklukları

Uluslararası hastalık sınıflandırması (ICD), tıpkı DSM gibi hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırması açısından kullanılan bir kılavuz görevi görmektedir. ICD, var olan hastalıkların ve yaralanmaların çok ayrıntılı tanımlanmasının yapılmasına yardımcı olmaktadır. ICD, hastalığın temelinde yatan nedenleri, tanı ölçütlerini ve tedavi planlarını aktarması ile ön plana çıkar. ICD-10 günümüzde aktif olarak kullanılan ve 1990 yılından bu yana geçerli olan versiyondur (Burçak Annagür, 2008).

Duygudurum bozukluklarında ICD-10 sınıflaması şu şekildedir:

- Depresif atak,
- Başka duygudurum bozuklukları,
- İnatçı duygudurum bozukluğu,
- Bipolar affektif bozukluk (Burçak Annagür, 2008).

ICD'de duygudurum bozukluklarının ele alınışı DSM'den önemli ölçüde farklılaşmaktadır. DSM için depresif ve bipolar olarak ayrılan grup ICD için depresif atak, başka duygudurum bozuklukları, inatçı duygudurum bozukluğu, bipolar affektif bozukluk olarak ayrılır. Bipolar bozukluk DSM-5'te olduğu gibi ICD-10'da bipolar bozukluk I ve II olarak ayrılmaz. Bunun yerine şimdiki durumda hipomanik, manik, depresif, karma ve remisyonunda; başka bipolar affektif bozukluk, belirlenmemiş bipolar affektif bozukluk, belirlenmemiş duygudurum bozukluğu olarak ele alınır (Işık, 2003).

DSM ile ICD arasında bipolar bozuklukların ele alınışı noktasında var olan farkları ortaya koymak amacıyla Angst ve arkadaşları (2020), çalışmalarında ICD-10, ICD-11 ve DSM-5'e göre bipolar bozukluğu ele almışlardır. ICD-10 ve DSM-5 ile karşılaştırıldığında, ICD-11'e göre hipomanik atakların tanımı önemli ilerlemeyi temsil etmektedir. BP-II bozukluğunun daha yüksek prevalansı, klinik bir bakış açısından mantıklıdır. Ayakta tedavinin hipomani için bir kriter olarak dahil edilip edilmeyeceği konusunda daha fazla kültürlerarası araştırmaya ihtiyaç vardır. Saf mani, ne yazık ki, ICD-11 veya DSM-5 olsun, uluslararası tanı kılavuzlarında bağımsız ve kodlanabilir bir bozukluk olarak eksiktir.

ICD-11'deki duygudurum bozuklukları bölümü, kodlanmamış duygudurum dönemlerinin (depresif, manik, karma ve hipomanik) tanımıyla açılarak yeniden

düzenlenmiştir. Kodlar, bir hastanın zaman içindeki duygudurum epizotlarının modeli temelinde teşhis edilen bozukluklara atfedilir. Ayrıca, bipolar ve ilişkili bozuklukların gruplandırılmasında daha yeni araştırmalar, bipolar bozukluğun mani ve hipomani arasındaki ayrıma dayalı olarak tip I ve II olarak alt bölümlere ayrılmasına yol açmıştır. Bu, DSM-5 ile uyumludur (Beak, 2014).

1.2. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI SIKLIĞI

Duygudurum bozukluğu birçok varsayımsal söyleme göre insanların en çok muzdarip olduğu ruh sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Bu nedenle bu alanda insanların yüzde kaçlık bir dilimde duygudurum bozukluğuna sahip olduğuna dair yapılan çalışmaların sayısı da oldukça fazladır. Tahminler, yaklaşık her 5 Amerikalıdan 1'inin duygudurum bozuklukları da dahil olmak üzere bir akıl hastalığına sahip olduğunu gösteriyor. 18 yaş ve üstü yaklaşık 20.9 Milyon Amerikalı yetişkinin duygudurum bozukluğu olduğu ifade edilmektedir (Mammen vd., 2018). Ulusal Komorbidite Anketi Tekrarından elde edilen veriler, duygudurum bozukluklarının yaygınlığını ortaya koymakta ve şunları göstermektedir:

- 18 yaş ve üstü ABD'li yetişkinler arasında, geçen yıl yaklaşık %9,7 oranında duygudurum bozukluğu vardır.
- Belirli bir yılda duygudurum bozukluklarının yaygınlığı kadınlarda (%11,6) erkeklere göre (%7,7) daha yüksektir.
- Yetişkinlerin tahminen %21.4'ü hayatlarının bir noktasında bir duygudurum bozukluğu yaşayacaktır.
- Duygudurum bozukluğu olanların %45'i ciddi bir bozulmayla karşı karşıya kalacaktır (Grigolon vd., 2019).

2017 yılında yapılan bir araştırma, kadınların erkeklere (%15.1) kıyasla daha yüksek bir akıl hastalığı prevalansına (%22.3) sahip olduğunu gösterdi. Kadınlarda depresyon erkeklere göre iki kat daha yaygındır ve kadınların yaklaşık dörtte biri hayatlarında en az bir kez depresif dönem yaşamaktadır (Rammohan, 2019).

Türkiye için de durum özellikle depresyon tanısı söz konusu olduğunda oldukça yüksek düzeylere ulaşmaktadır. Yapılan araştırmalara göre depresyonun

yaşam boyu görülme sıklığı %3 ile %5 arasında değişkenlik göstermektedir. Bu sıklık erkek ve kadın hastalar arasında farklılık göstermektedir. Erkeklerde %3-12'lik bir sıklık durumu söz konusuysen, kadınlarda %10-20 arasında değişen bir düzeye ulaşmaktadır (Dilbaz ve Yılmaz, 2019).

1.3. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI RİSK FAKTÖRLERİ

Bireyin depresif bozukluklarla alakalı herhangi bir sorunla karşı karşıya kalmasının altında yatan birçok faktörün varlığına işaret edilmektedir. Bunlar arasında en önemli nedenlerden ve risk faktörlerinden olan durum tetikleyici stresli yaşam olayları olmuştur. Yapılan araştırmalarda insanların stresli yaşam olayları ile karşı karşıya kalmasının beraberinde depresyona yol açacak sonuçları olduğu ifade edilmektedir. Bu stresli olayların özellikle aile içinde stresli olaylar yaşanmasıyla ve kişiler arası ilişkilerde bozulmaların meydana gelmesiyle tetiklendiği yönünde bulguların yer aldığı araştırmalar mevcuttur (Monroe ve Harkness, 2005; Strober, 2011).

Duygudurum bozuklukları için genel olarak risk faktörleri şu şekilde ifade edilir.

1. Genetik: Kişinin ailesindeki bir depresyon öyküsünün var olması, duygudurum bozukluklarına sahip olmayı bir risk haline getirmektedir. Araştırmacılar bu noktada ailesinde depresyon tanısı almış kişilerin, ailesinde depresyon tanısı olmayan kişilere göre daha fazla depresyon tanısı aldıklarını ifade eder (Jonier vd, 2005).
2. Ölüm veya kayıp: Üzüntü ve keder kayıp yaşanması halinde normal tepkilerdir. Ancak sevilen bir kişinin ölümü ya da yaşanan kayıp ile beraber stresin artması, üzüntünün ve kederin normal bir tepki dışına çıkması ile beraber intihar düşünceleri veya değersizlik duyguları gibi ciddi depresyon belirtilerine neden olur (Jorm vd., 2000).
3. Çatışma: Kişisel kargaşa veya aile veya arkadaşlarla olan anlaşmazlıklar depresyona neden olabilir (Jonier vd, 2005).
4. İstismar: Geçmişteki fiziksel, cinsel veya duygusal istismarın depresyona neden olduğu yönünde bulgular mevcuttur. Kişinin yaşamış olduğu

istismar sonrasında depresif bozukluk yaşaması olası olarak değerlendirilir. Ancak burada travma sonrası stres bozukluğu ile depresyon ayırımına dikkat edilmesi gerektiğinin vurgusu bulunmaktadır (Kotov vd., 2010).

5. Yaşam olayları: gündelik yaşam içerisinde pek çok insan için sıradan olan yaşam olayları, kimi insanlar için duygudurum bozukluğu tanısı almaya neden olacak bir sonuca neden olabilmektedir. Taşınmak veya mezun olmak gibi iyi şeyler bile sizi depresyona sokabilir. Bunu yapabilecek diğer değişiklikler şunları içerir: Yeni bir iş, istihdam veya gelir kaybı, evlilik, boşanmak ve emekliliktir (Kotov vd., 2010).

2. BİPOLAR BOZUKLUK

2.1. BİPOLAR BOZUKLUK NEDİR?

Bipolar bozukluğun ne olduğu sorusu tarihsel olarak tıbbın ilk tarihlerine kadar uzanan bir özellikte olması nedeniyle birden fazla tanım ve buna bağlı olarak içeriğe sahiptir. Hipokrat (MÖ 460-370), iki aşırı ruh halini tanımlamasıyla günümüzün bipolar bozukluğuna işaret eden kavramı da ortaya koymuştur. Hipokrat bu tarihlerde aşırı hüzünlü hissetme ve aşırı enerjik ya da heyecanlı hissetme durumunu tanımlamayı amaçlayarak günümüzdeki bipolar bozukluğun ilk kavramsal alanını oluşturmuştur. Bu tanımlama sırasında aşırı hüzüntü ve keder halini ifade etmek amacıyla “melankoli” kavramını kullanmıştır. Bu tarihlerde bu durum halk arasında “kara safra” olarak ifade edilen bir anlam taşımıştır. Buna karşılık zıttı durumu ifade etmek amacıyla mani hali için ise “sarı safra” kavramının kullanılması tercih edilmiştir. Bunun nedeni maninin sarı safraya neden olduğu düşüncesinin yaygın bir inanış olmasıdır (Diniz vd., 2017).

Birinci yüzyılda yaşayan Yunan doktor Aretaeus, iki uç için aşırı ruh halini bir spektrum halinde ifade eden ve kavramsallaştıran ilk bilim insanı olmuş. Buna ek olarak bu iki uçlu spektruma dayalı sorunun kaynağının ise beyinde var olan bir problemten kaynaklı olabileceği düşüncesini ön plana çıkarmıştır. Bu tanımlamadan sonra 19. Yüzyılın orta tarihine kadar depresyon ve mani, farklı durumların varlığına neden olan, farklı durumlarla ortaya çıkan ve ayrı ayrı durumlar olarak ele alınmıştır. 1850’li yıllar ile beraber Jean-Pierre Falret (1794-1870), mani ve depresyonu sendrom olarak birlikte kapsayan yeni ve ayrı bir bozukluk olduğunu ifade etmiştir. Bu bozukluk için bir kişinin sürekli olarak depresyon ve mani ile beraber ara ara değişen zaman aralıklı durumu ifade etmiş ve bunun için “folie circulaire” kavramını kullanmıştır (Duffy, 2010).

19. yüzyıl birçok alanda olduğu gibi bipolar bozukluk alanında da birçok farklı değişim ve gelişmenin yaşandığı bir dönem haline gelmiştir. Bu tarihlerde Emil Kraepelin (1856-1926), var olan her türlü duygudurum bozukluğu için “manik-depresif delilik” adını verdiği bir durum tanımladı ve bu tanımla beraber bipolar bozukluk da tek bir kavram altında tanımlanan bir noktaya gelmiş oldu. Bu duruma

süreç içerisinde birçok karşı düşünce ortaya konmuş olmasına rağmen kavram belli bir süre varlığını devam ettirmiştir (Angst ve Sellaro, 2000).

Tüm bu bilgi, tanımlama ve ele alınan çalışmalar dahilinde ilk tanısal tanım DSM-I ile gerçekleştirilmiştir. DSM-I'de (1952) akıl hastalığını kategorize etmeye ve standartlaştırmaya yönelik ilk girişim, manik-depresyonu psikotik bir bozukluk olarak sınıflandırılmıştı ve “değişken derecelerde kişilik entegrasyonu ve çeşitli alanlarda dış gerçekliği doğru bir şekilde test etme ve değerlendirme başarısızlığı ile karakterize” bir durum olarak ifade edilmiş. “Manik depresif reaksiyon”, günümüzdeki teşhise uygun maninin semptomlarını, şiddetli ruh hali değişimlerini ve hafifleme ve tekrarlama eğilimini detaylandırır (Kotov vd., 2013). Bununla birlikte, illüzyonlar, sanrılar ve halüsinasyonlar da tanıya olası eklemeler olarak listelenir ve şimdi daha geniş hastalığın sadece küçük bir bileşeni olduğu bilinen psikotik özellikleri vurgular. Bu tanı, Kraepelin'in manik-depresif delilik anlayışına daha fazla yaklaşır ve bir hastanın baskın ruh hali sunumu, spesifik tip kullanılarak tarif edilebilir (Hickie, 2014).

Bu tanımlamalar üç tip ayrıntılandırılmış bir tanılamaya sahiptir. Bunlar: manik, depresif ve diğer olarak ifade edilir. Manik tip, maninin modern tanımına en çok benzeyen "aşırı konuşma, fikirlerin uçuşması ve artan motor aktivite ile birlikte sevinç veya sinirlilik", depresyonun sadece kısa süreli epizodlarda mevcut olduğunu ayrıntılarıyla anlatır. Depresif tip günümüzde var olan majör depresif bozukluk ile benzer bir durumu ifade eder: “duygudurumun olağanüstü depresyonu ve zihinsel ve motor geriliği ve engellenmesi; bazı durumlarda ise çok fazla huzursuzluk ve endişe olmasıdır. Şaşkınlık, stupor veya ajitasyon belirgin semptomlar olabilir” (Ghaemi, 2013). Yalnızca, karışık durumların veya döngünün bir özellik olarak nitelendirildiği diğer tipte, "yukarıdaki iki fazın temel tezahürlerinin belirgin karışımları (karışık tip) veya iki fazın sürekli değişiminin meydana geldiği durumlar (dairesel tip) söz konusudur. Bu sınıflandırmalar, birincil manik veya birincil depresif tanılamaya kolayca uymayan vakaların yazılmasına izin verir; bununla birlikte, mani ve depresyon arasındaki döngünün birincil özelliği olan modern bipolar anlayışı, majör bozukluğun temel bir bileşeni değildir. Ek olarak, karışık durumdan bahsedilmiştir ancak yine tam olarak karakterize edilmemiştir (Zivanovic ve Nedic, 2012).

1968’de DSM-II yayınlanmış ve bipolar bozukluğun tanımında değişim meydana gelmiştir. DSM-II'nin ortaya çıkmasıyla birlikte manik depresyon, “manik-depresif hastalık” olarak nitelendirildi ve Afektif Bozukluklar altında sınıflandırıldı. Tanım, bu bozuklukların “hastanın zihinsel yaşamına egemen olan aşırı depresyon veya sevinç gibi tek bir duygudurum bozukluğu” ile karakterize edildiğini ve ruh hali durumunun başlangıcının herhangi bir özel yaşam olayı tarafından hızlandırılmadığını detaylandırdı. Manik-depresif hastalık artık tamamen duygudurum dalgalanmaları ve hafifleme ve tekrarlama eğilimi ile karakterize edildi ve yine üç türe ayrıldı: manik, depresif ve döngüsel olarak sınıflandırılmıştır (Mason ve Brown, 2016).

DSM-III’te 1980 tarihi ile tekrar revize edilmiştir. Bu revizyon ile beraber bipolar bozukluğun belirli tanı kriterleri ile karakterize edilmeye başlanması söz konusu olmuş ve bu sayede modern bir tanımlama ortaya çıkmıştır. DSM-III ile beraber unipolar ve bipolar depresyon birbirinden kavram ve tanımlama olarak ayrılmıştır. Bu sayede bu iki kavram iki ayrı duygudurum bozukluğunu ifade eden bir özelliğe gelmiştir. DSM-III ile beraber bir önemli durum hipomani kavramının tanımlamasıyla olmuştur. Hipomani, maniye benzeyen ancak mani kadar şiddetli olmayan durumu ifade etmek amacıyla kullanılmaya başlamıştır. Bununla beraber bipolar ya da sikloti bozukluğu ile gelen ancak her iki bozukluk için de yeterince kriter taşımayan hastalar için “atipik bozukluk” olarak ifade edilen yeni bir kavram ifade edilmiştir. Bipolar II için örnek teşkil edecek ifadeler kullanılmıştır (Meyer ve Meyer, 2009).

DSM-IV (1994) Manik Epizod tanısı, DSM-III/DSM-III-R versiyonu ile aynı kalmıştır. Manik semptomlar, artık tanı kriterleriyle birlikte resmi olarak kendi epizodu olarak tanıtılan Karma Epizod kriterlerini karşılamamalı ve duygudurum bozukluğu “mesleki işlevsellikte veya olağan sosyal faaliyetlerde veya başkalarıyla ilişkilerde belirgin bozulmaya” neden olacak kadar yeterince şiddetli olmalıdır. En az bir hafta boyunca hemen hemen her gün hem Manik Epizod hem de Majör Depresif Epizod (MDE) kriterleri karşılanırsa (süre hariç) bir karma atak tanısı konur. Tüm bunlar ile beraber hipomani artık epizodik olarak teşhis edilebilir ve hipomanik epizod, manik epizod ile aynı semptom kriterlerine sahiptir. Ancak bunun yerine şimdi sadece 4 gün sürmesi gerekir ve depresif olmayan ruh halinden açıkça farklıdır. İşlevsellikte

belirgin bir bozulma gerektirmez ancak aynı zamanda psikotik özelliklerden ayrı olmalıdır. Tüm bu epizod tanıları için, somatik antidepresan tedavinin neden olduğu epizodlar Bipolar I tanısı için sayılmaz (Hickie, 2014).

İfade edilen tüm bu tarihsel seyir içerisinde daha öncesinde manik depresyon olarak ifade edilen bipolar bozukluk, duygusal olarak yükselmeler; mani ve hipomani ile düşüşler; depresyon durumunu içeren aşırı bir ruh halini tanımlamak amacıyla kullanılan bir ruhsal bozukluk olarak ele alınır (Benazzi, 2007).

Bir diğer tanımlama ile bipolar bozukluk ruh halinde, enerjide, aktivite düzeylerinde, konsantrasyonda ve günlük görevleri yerine getirme yeteneğinde olağandışı değişimlere neden olan bir zihinsel bozukluğu ifade eder. Bipolar bozukluk, kişinin ruh halinde, enerjisinde ve işlev görme yeteneğinde değişikliklere neden olan bir beyin bozukluğudur. Bipolar bozukluğu olan kişiler, tipik olarak günlerden haftalara kadar farklı dönemlerde ortaya çıkan ve ruh hali dönemleri olarak adlandırılan yoğun duygusal durumlar yaşarlar. Bu ruh hali epizodları manik/hipomanik (anormal derecede mutlu veya sinirli ruh hali) veya depresif (üzgün ruh hali) olarak sınıflandırılır. Bipolar bozukluğu olan kişilerde genellikle nötr ruh hali dönemleri de vardır. Tedavi edildiklerinde bipolar bozukluğu olan kişiler dolu ve üretken bir yaşam sürdürebilirler (Keck vd., 2001).

2.2. TANI VE SINIFLANDIRMASI

Bu bölümde ele alınacak olan tanımlamalar bipolar bozukluk I, bipolar bozukluk II, siklotimi, madde ve ilacın yol açtığı bipolar bozukluğu, ilişkili bozukluklar ve başka bir sağlık durumuna bağlı bipolar bozuklukları tanımlama ve sınıflandırmayı içermektedir (Young vd., 2010).

Bipolar bozukluk I için tanımlama ve sınıflandırmada en temelde bir mani dönemi tanısının karşılanmış olması gerekmektedir. Var olan bu mani döneminin öncesinde ya da sonrasında hipomani ya da yeğin depresyon dönemleri bulunabilir (Marwaha ve Durrani, 2013). Bipolar bozukluk I'in tanımlamasında yer alan mani için gerekli olan durum şu şekildedir (Kring, 2017; Köroğlu, 2016).

- En az bir hafta süre ile varlığını gösteren kabarmış, taşkın ya da çabuk öfkelenen; olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönem ve bu dönemin günün hemen hemen her kısmında var olmasıdır.

- Duygudurumun çoğunlukla coşkulu, yüksek bir neşe halinde olması döz konusudur. Duygudurumun bu şekilde olması halinde kişi “kendisini dünyanın tepesinde hissetme” veya “başı göklerde” olacak şekilde bir tanımlaya sahiptir.
- Mani döneminde kişinin birden fazla alabileceği tanı durumu söz konusu olabilir. Bu süreçte kişi hemen her şeyi başarabileceği düşüncesi ile hareket eder ve günün hemen her saatinde yüksek düzeyde bir etkinlik hali gösterir.
- Bu dönemde kişinin kendisine karşı olan güveni, abartılı bir benlik saygısı halinde kendisini gösterme eğilimindedir. Kişinin benliğine yönelik var olan bu düşünceleri sanrısız bir noktaya ulaştığında grandiyözite hali söz konusu olabilir. Bu sanrılar ile beraber kişi bir yazar olmadığı halde roman yazmak ya da kendisinin çok ünlü biri olduğu gibi düşünceler ile karşı karşıya kalabilir.
- Bu dönemde kişinin uykuya olan ihtiyacında önemli bir azalma meydana gelmektedir. Bu durum kişinin uyumayı istediği, uyku ihtiyacı olduğunu fark ettiği ancak uyuyamadığı durumdan farklı bir durumdur. Mani durumunda kişi çok az bir uyku haline sahiptir. Ancak bu durumda herhangi bir yorgunluk ya da uykusuzluk hissetmez. Çoğu zaman için uyku ihtiyacındaki bu azalma maninin önemli bir belirleyicisi olarak görülür.
- Kişinin bu dönemde konuşmasında da önemli bir aşırılık hali söz konusudur. Anlaması, takip etmesi ve eşlik etmesi zor bir konuşma şekli vardır. Var olan konuşma akışıyla ilgisi bulunmayan, sürekli olarak farklı konular arası geçiş yapan bir konuşma akışı söz konusudur.
- Kişinin düşünce yapısı tıpkı konuşma şekli gibi karışık bir yapıdadır. Çoğunlukla düşünceler, konuşma ile aktarabileceğinden çok daha hızlı şekilde ilerler. Bu durum düşünce uçuşmaları olarak ifade edilir. Düşüncelerin uçuşması kişide fark edilebilir bir noktada değildir ancak karşı taraf için büyük bir rahatsızlık durumu yaratır.

- Dikkat dağınıklığı, çoğunlukla önemsiz ifade edilen uyanları eylemeyecek bir tutumla kendisini gösterir. Kişi önemsiz uyanları baskılama ve dikkatini odaklama noktasında çok düşük seviyede bir performans sergileyebilir.
- Belirlenmiş olan etkinliklerde görülen artış, aşırı bir tasarı halinde olmayı ve özellikle cinsel, iş içerikli, siyasal ya da dinsel etkinliklere fazla katılmayı ve abartı bir performans sergilemeyi içermektedir.
- Taşkın olarak ifade edilen duygudurum haline yüksek miktarda para harcama, kontrolsüz ve gerekli olmayan alışverişler yapma, bilgisi bulunmayan konularda iş yatırımları, başkalarına zarar verici davranışlarda bulunma, riskli araba kullanma, kontrolsüz cinsel ilişki deneyimleri gibi durumlar söz konusu olur.

DSM-5 tanı kriterlerinde mani durumu için belirlenmiş olan özellikler şu şekildedir: (Crump vd., 2013).

- Kabarmış bir duygudurumu ifade eden, olağan dışı bir artışın olduğu dönemin, en az bir haftalık bir sürede, günün hemen her bölümünde,
- Günün bölümlerinde aşağıdaki belirtilere üç ya da daha fazla durumun eşlik etmesi:
 - Kişinin benliğine yönelik algısında büyük bir grandiyözitenin söz konusu olması,
 - Uykuya duyduğu gereksinimin azalması,
 - Normaldeki konuşmasının üstünde bir konuşma halinin söz konusu olması,
 - Düşüncelerinde uçuşların meydana gelmesi,
 - Dikkat dağınıklığının önemli ölçüde artış göstermesi,
 - Psikodevinimsel olarak bir yükselme halinin söz konusu olması,
 - Kötü sonuçları olabilecek davranışlarda artışın görülmesi.
- Kişinin bu süreçte tanı alabilmesi için işlevsel olarak toplum içinde ya da işinde belirgin bir düşüşle meydana gelen bozulmanın olması gerekir.

- Bu durum herhangi bir madde kullanımı ya da diğer sağlık durumları ile açıklanamaz.

Bipolar bozukluk II için bir ya da birden çok yeğin depresyon dönemi ve en az bir hipomani dönemi olan, yineleyici duygudurum dönemleri ile belirlidir. Bipolar II tanısı için yeğin depresyon döneminin en az iki hafta, hipomani döneminin en az dört gün sürüyor olması gerekir. Hastalığın gidişatı sırasında bir mani döneminin varlığı, iki uçlu II bozukluğu tanısı koymaya engel olur (Oliveria ve Kazma, 2016).

Hipomani dönemi genel olarak başlı başına işlevsellikte bozulma yaratacak bir durum değildir. Kısa süreli, net bir bozulmanın ya da gerilemenin görülmediği ve maniyeye göre daha ılımlı bir süreci ifade etmek amacıyla kullanılır (Gorwood, 2010). Hipomani dönemi yeğin depresyon dönemi yaşantısından sonraki birkaç gün boyunca devam eden ötimi durumu ile benzer değildir. Mani ve hipomani dönemleri açısından süre ve ağırlık birbirinden ayrılan durumlar olmasına karşılık, biri diğerinden daha “ılımlı” bir durumu ifade etmez. Bipolar bozukluk II için hipomani dönemiyle beraber ortaya çıkan depresyon ya da depresyon ile beraber ortaya çıkan hipomani sık görülen bir durumdur. Bu durumun yaşanma olasılığı daha çok kadınlarda var olan bir durumu ifade eder (Barichello vd., 2016).

Bipolar II, dürtüselliğin sık görüldüğü bir durumu ifade eder ve bu durum beraberinde madde kullanımı ya da öz kırım durumunun ortaya çıkmasına neden olabilir. Buna karşılık bu bozuklukta birçok kişi, duygudurum dönemleri arasında tam bir işlevsellik düzeyi göstermiş olmasına karşılık, %15’lik bir kısım dönemler arasında işlev bozukluğu göstermeye devam edebilir. %20’lik bir dilim ise dönemler arasında işlevsellikte iyileşme durumu söz konusu olmadan dönemler arası geçiş yaşarlar (Etain vd., 2010).

Bipolar II bozukluğu için hayat boyu geçirilen dönemlerin sayısı yeğin depresyon ya da bipolar I bozukluğundan daha sık olma eğilimi göstermektedir. Buna karşılık bipolar I bozukluğu olan kişiler ise, bipolar II bozukluğu olan kişilerden daha çok hipomani belirtilerine maruz kalma eğilimine sahiptirler. Aynı zamanda hipomani için ayırt edici olan bir diğer özellik, depresyon dönemlerinin zaman geçtikçe daha uzun süreli hale gelmesidir. Süre arttıkça yeti yitiminde de bir artış meydana gelir (Garno vd., 2005).

Siklotimi, bipolar bozukluk sınıflandırmasında yer alan bir diğer bozukluğu ifade eder. Bu bozukluğun başlıca özelliği, birbirinden ayrı ve çok fazla sayıda hipomani belirtilerinin olduğu zaman dilimi ve depresyon belirtilerinin olduğu dilimlerine sahip, süreğen, dalgalı bir durumu ifade eder. Bu bozukluk için hipomani dönemleri, hipomani tanısı almak için yetersiz sayıda, ağırlıkta ve sürede olmaktadır. Benzer şekilde depresyon belirtileri de yeğın depresyon süreci için tanı ölçütlerini karşılamada yetersiz sayıda, yaygınlıkta ve ağırlıktadır. Bunun anlamı siklotiminin belirtileri bipolar bozukluk II ile benzer olan ancak daha az ağır olma özelliği gösteren bir durumunu ifade eder. Ancak aradaki en temel fark bunun daha kısa süreli olmasıdır (Young vd., 2010).

Siklotimi tanısı için ilk iki yıl belirtilerin sürekli olması gerekir. Buna ek olarak belirtisiz zaman diliminin olmadığı sürenin iki aydan fazla olmaması gerekir (Young vd., 2010).

2.3. EPİDEMİYOLOJİ

Epidemiyolojik çalışmalar, genel popülasyonda bipolar tip I için yaşam boyu yaygınlığın yaklaşık %1 olduğunu öne sürmüştür. 11 ülkeyi kapsayan geniş bir kesitsel araştırmadan elde edilen bulgular, bipolar spektrum bozukluklarının genel yaşam boyu yaygınlığının %2.4 olduğunu, bipolar tip I için %0.6 ve bipolar tip II için %0.4 olduğunu ifade etmektedir. Bulgular farklı ülkeler arasında farklılık gösterse de bu, önceki çalışmalara göre bipolar tip I ve II'nin daha düşük bir prevalansına işaret etmektedir (Pini ve Pagnin, 2005). ABD'de bipolar tip I prevalansı %1 olarak diğer ülkelere göre biraz daha yüksek bulunmuştur. Farklılıkların bu çalışmada kullanılan daha katı tanı ölçütlerinden mi yoksa ülkeler ve etnik gruplar arasında bipolar oranlarındaki gerçek farklılıklardan mı kaynaklandığı açık değildir. İngiltere'deki çok az sayıda epidemiyolojik araştırmadan birinde, son 2014 Yetişkin Psikiyatrik Morbidite Araştırması, bipoların yaşam boyu yaygınlığının %2 olduğunu bulmuştur. Ölçüm yöntemi, bunun eksik bir tahmin olduğunu gösteriyor, ancak çalışma bipolar alt tipleri ayırt etmedi. 25 çalışmanın yakın tarihli bir meta-analizi, dahil edilen çalışmaların çoğu Kuzey veya Güney Amerika'dan olmasına rağmen, bipolar tip I ve II için sırasıyla %1.06 ve %1.57'lik bir dağılımla yaşam boyu yaygınlık bulmuştur. Bununla birlikte, Birleşik Krallık, Almanya ve İtalya'da benzer bir yaygınlık bulunmuştur ve Afrika ülkelerinden yapılan çalışmaların sistematik bir

incelemesinde yaşam boyu yaygınlık %0,1-1,83 arasında bulunmuştur (Esan ve Esan, 2016).

Yapılan bir diğ er ç aılışmada elde edilen verilere göre Bipolar bozukluk I için görölme sıklığı 12 aylık sürede %0.6'dır. Erkek hastalar için bipolar bozukluk I görölme sıklığı %1'lik bir değ ere sahipken, kadınlar için bu durum %2'ye yükselmektedir. Aynı zamanda kadınlar için daha hızlı döngölü ve karma durumlar içeren süreçleri yaşamak erkeklere oranla daha fazladır. Söz konusu durum bipolar bozukluk II için, 12 aylık bir zaman diliminde %0,3-0,8'lik bir görölme sıklığına sahiptir (Johnson ve Johnson, 2014).

2.4. ETİYOLOJİ

Duygudurum bozukluklarının neden ortaya çıktığına dair yapılan ç aılışmalar, bu durumun etiyoloji ç aılışmalarını oluşturmaktadır. Yapılan ç aılışmalara göre en genel bilgi şunu içermektedir: "Duygudurum bozuklukları için açıklayıcı tek bir neden söz konusu değ ildir." Bunun için araştırmacılar genel olarak genetik faktörler, çevresel faktörler, biyolojik faktörler ve psikodinamik faktörler olarak sınıflandırılan nedenlere odaklanırlar (Kring vd., 2017). Araştırmanın bu kısmında tüm bu nedenler üzerine durulacaktır.

2.4.1. Genetik Faktörler

Tek yumurta ikizleri ile yapılan ç aılışmalar ve çift yumurta ikizleri ile yapılan ç aılışmalar, duygudurum bozuklukları ve bipolar bozukluk için etiyolojik faktörleri açıklamak adına önemli bir ç aılışma alanı sağ larlar. Genetik faktörlerin etkisi söz konusu olduğ unda bipolar bozukluk araştırmacılar a göre ö nde gelen bir bozukluk olarak kendisini göstermektedir. Genetik faktörlerin bipolar bozukluk için önemli bir faktör olduğ una dair yapılan ç aılışmaların büyük bir kısmı ikiz ç aılışmalarına dayanmaktadır. Yapılan bir ç aılışmada ikiz gruplar üzerinden elde edilen bulgulara göre, biopolar bozukluk için genetiğ in %93'lük bir oranda belirleyici olduğ u ifade edilmiştir (Kieseppa vd.,2004).

Bipolar bozuklukta genetiğ in önemine dair yapılan ç aılışma yöntemlerinden bir diğ eri evlatlık ç aılışmalarıdır. Evlatlık kiş ilerden elde edilen sonuç lar, ikiz ç aılışmalarından elde edilen sonuç lara benzer değ erlere sahip olarak bipolar bozukluk için genetiğ in önemini vurgulamaktadır (Edvardsen vd., 2008).

Ailedeki herhangi bir kişide bipolar bozukluk I ya da II tanısının var olması halinde, diğer kişiler için bu tanıyı almak, ailedeki herhangi bir kişide bipolar tanısı olmayan kişilere göre %10 daha fazladır. Bu durum genetiğin bipolar bozukluk için önemli ölçüde belirleyici bir faktör olduğunu vurgulamayı sağlar. İkiz, evlatlık ve aile ile elde edilen bulgular sayesinde genetik ve bipolar bozukluk arasındaki ilişki ifade edilmiş olur (Kieseppa vd.,2004).

2.4.2. Çevresel Faktörler

Bipolar bozukluğun etiyolojisi ve klinik seyrinin genetik ve çevresel faktörler tarafından belirlendiği düşünülmektedir. Kindling hipotezi, çevresel faktörlerin ilk başlangıç üzerindeki etkisini vurgulamasına rağmen, bunların sonuç ve klinik seyirle olan bağlantıları tam olarak kurulmamıştır. Mevcut kanıtlar, çevresel faktörlerin bir psikiyatrik bozukluğun gelişimini tetikleyebileceğini veya önleyebileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, çevresel faktörler ile bipolar bozukluğun klinik seyri arasında bir ilişki olduğuna dair bazı koşullu kanıtlar vardır (Hosang vd., 2010).

Çevresel faktörlere dair yapılan çalışmalarda annenin sigara içiyor olması bir tür çevresel durum olarak değerlendirilmiştir ve bazı araştırmacılar için bu durumun bipolar bozukluk ile arasında bir ilişki söz konusu olabilir. Ancak, annenin sigara içmesi ile ilgili çalışmalar tutarsız bulgular göstermektedir. Bazı araştırmacılar bipolar bozukluğun başlangıcı ve klinik seyri ile annenin sigara içmesi arasında güçlü bir ilişki olduğunu öne sürerken, diğerleri bunu önermemektedir. Benzer şekilde, doğum komplikasyonlarının bipolar bozukluğun başlangıcı ve seyri üzerindeki etkisi, sağlam bulgulara izin vermek için daha fazla araştırma çabasına ihtiyaç duyar (Anand ve Kolller, 2015; Bender ve Alloy, 2011).

İklimsel faktörlerin bipolar bozukluk üzerindeki etkisine ilişkin veriler çevresel faktörler arasında hemen hemen en tutarlı verileri ifade etmektedir. Depresif ve manik dönemlerin ortaya çıkması, tekrarlanabilir mevsimsel zirveler gösterir. Ayrıca, mevsimselliği olan bipolar hastaların daha şiddetli klinik seyirden muzdarip olduğuna dair göstergeler vardır (Mortensen ve Pedersen, 2011).

Çocukluk çağı travmasının başlangıcı ve özellikle klinik seyri tetiklediğine dair birçok araştırma yapılmış ve bu alanda önemli bulgular elde edilmiştir. Travma öyküsü olan bipolar hastaların hızlı bisiklet seyri, psikotik özellikler, yaşam boyu daha

yüksek sayıda duygudurum epizodu ve intihar düşüncesi ve girişimi ve madde kötüye kullanımını için daha fazla risk gösterme olasılığı daha yüksektir. Olumsuz çocukluk deneyimleri arasında en yüksek prevalansa sahip olduğu varsayılmasına rağmen, literatürde duygusal istismarın göz ardı edildiğini vurgulamakta fayda vardır (Bauer vePfenning, 2005).

2.4.3. Biyolojik Faktörler

Duygudurum bozuklukları söz konusu olduğunda araştırmacılar daha çok üç nöroiletici olarak nöropinefrin, dopamin ve serotonin üzerinde durmuşlardır. Bu nöroileticiler, beynin farklı bölgerinde mevcut olmalarından dolayı geniş bir çalışma alanının var olmasına neden olmuştur. Alanda çalışmalar yapan araştırmacılar ilk zamanlarda duygudurum bozuklukları için sinaptik aralıktaki nöroileticilerin mutlak seviyelerinin çok düşük ya da çok yüksek olmasının temel nedenler olduğunu ifade etmiştir. Buna örnek olarak ise depresyon için düşük norepinefrin ve dopamin seviyesinin olması ile mani için yüksek norepinefrin ve dopamin seviyesi olduğu düşüncesi hakimdi. Ancak her iki durumda da mani ve depresyon için serotonin düzeylerinin düşük olduğu bulgulanmıştır. Tüm bu bulgular dahilinde genel sonuç olarak söz konusu duygudurum bozuklukları için nöroileticilerin mutlak seviyelerinin önemli olduğunu ifade eder (Klein, 2006).

Biyolojik faktörlere dair önemli bir diğer bulgu ise beyindeki çeşitli bölgelerle ilgilidir. Bipolar bozukluğu olan kişiler ile yapılan çalışmalara göre tanı almış kişilerin nöron yollarında bir farklılık söz konusudur. Bu bipolar bozukluğa sahip kişilerin nöronlarının membranlarında eksiklik görüldüğü anlamına gelmektedir. Bu eksiklik beynin her iki tarafında da görülür ve bu nedenle nöronların mevcut aktivitelerini etkiler. Dex/CRH test değerlendirmede kullanıldığında, majör depresif bozukluğun ve iki uçlu bozukluğun her ikisi için de kortizol düzensizliği ve bunun kötü düzenlenmesinin ilgili bozukluklarla olan ilişkisi bulgulanır (Davison, 2009).

2.4.4. Psikodinamik Faktörler

Araştırmacılara göre insanların büyük bir kısmı yaşamları boyunca bir manik epizod ve bir manjör depresif epizod deneyimlemektedir. Ancak genel olarak birçoğunda majör depresif epizod deneyimlenmez. Bu nedenle araştırmacılar bipolar

bozukluğa neden olan faktörler için psikolojik nedenleri manik ve depresif epizotlar için ayrı ayrı inceleme eğilimi gösterirler (Kring vd., 2017).

Bipolar bozuklukta depresif epizotlar ve bunların tetikleyici faktörleri majör depresyon ile benzer bir tablo ile meydana getirmektedir. Majör depresif bozuklukta olduğu gibi olumsuz hayat olayları, bipolar bozukluk için depresif sürecin başlaması adına önemli bir faktörü ortaya koymaktadır. Buna benzer şekilde nörotizm, olumsuz bilişsel şemalar, ifade edilen duyguların ve sosyal desteğin varlığının az olması gibi birçok faktör depresif semptomların görülmesinde temel neden olurlar (Alloy vd., 2009).

Maninin yordayıcısı olarak iki tipin zaman içerisinde manik semptomların artışını ortaya çıkardığı ifade edilmektedir. Bu iki tip ödül duyarlılığı ve uyku bozukluğu olarak ele alınır. Ödül duyarlılığı, maninin beyindeki ödül sisteminde bir bozulma yarattığı fikrine dayanmaktadır. Yapılan araştırmalarda, bipolar bozukluk tanısı alan kişilerin ödül söz konusu olduğunda çok tepkisel bir durumda oldukları ifade edilmiştir. Bu ise araştırmacılar tarafından ödüle karşı gösterilen bu hassasiyetin bipolar bozukluk başlangıcını yordayıcı bir durum olarak ele almayı sağlamıştır. Bir diğer yordayıcı olarak uykuda meydana gelen bozulmalar ise, mani döneminde uyku düzeninde karışıklıklar yaratarak kişinin sirkidayn ritminde bozulmalara yol açtığı şeklindedir. Yapılan deneysel çalışmalarda uykuda meydana gelen bozulmalar, mani noktasında önemli bir yordayıcı olarak ele alınmaktadır (Murray ve Harvey, 2010).

2.5. KLİNİK SEYİR

Bipolar bozukluk I söz konusu olduğu zaman hastaların büyük bir kısmında depresyon başlangıçlı bir durum söz konusu olmaktadır. Depresyon ile başlama sıklığı kadınlarda erkeklere oranla daha çok görülmektedir. Ek olarak, birçok hasta için hem depresyon hem de mani dönemleri varlığını gösterirken, %15'lik bir dilimde yalnızca mani dönemi varlığını göstermektedir. Bipolar bozukluk I için birinci mani dönemi ya da yeğin depresyonun başlangıç yaş ortalaması olarak 18'dir. Maninin semptomlarının daha orta ve ileri yaşlarda ortaya çıkması, beraberinde başka sorunların da varlığına işaret edebilmektedir (Miklowitz vd., 2007).

Bipolar bozukluk I seyrinde yer alan mani dönemlerinde klinik seyir büyük bir çoğunluk ile hızlı başlama eğilimi gösterir. Hızlı başlama ile beraber birkaç haftalık

sürede gittikçe artma ve yerleşme özelliği gösterir. Başlayan ve tedavisi gerçekleşmeyen bir mani dönemi ortalama olarak üç ay sürmektedir. Bir mani dönemi yaşayan kişilerin %90'ından daha fazlasında tekrar eden duygudurum dönemleri kendisini gösterir. Bipolar bozukluğun tanı aldıktan sonra ilerlemesi ile beraber dönemler arasındaki süre giderek azalır. Başlangıçta iki dönem arası süre bir yılken, zaman geçtikte iki dönem arası süre birkaç aya kadar düşer. Kişinin ilk mani süreci yaşamasıyla beraber beş mani dönemi arından, dönemler arası sür 6-9 aylık bir zaman diliminde tekrar eder hale gelir. Bipolar bozukluk I tanısı alan kişilerin yarısında ilk mani döneminden sonra gelen iki yıllık bir zaman diliminde ikinci mani dönemi kendisini göstermektedir. %7'lik bir kısmında belirtilerin tekrar etmediği bir süreç kendisini gösterirken, %40'lı bir kısım için süregelen bir hastalık sürece eşlik eder (Miklowitz vd., 2007).

Bipolar bozukluk II için, başlangıç geç ergenlik dönemi ya da erişkinliğin ilk yıllarıdır. Ortalama başlangıç yaşı 20'dir. Başlangıcı, hastaların büyük bir kısmında bir depresyon dönemi ile kendisini gösterir ve bir hipomani dönemi var olana kadar durum, bipolar bozukluk II olarak ele alınmaz. Kişiye tanı konulmadan önce anksiyete, madde kullanımı ya da yeme bozukluğu gibi diğer tanılarının elenmesi önemli bir noktadır. Bipolar bozukluk II'nin bir kişinin yaşamı boyunca geçirdiği dönem sayısı yeğin depresyon bozukluğu ya da bipolar bozukluk I'den daha fazladır. Kişinin yaşı ilerledikçe tıpkı bipolar bozukluk I'de olduğu gibi dönemler arasındaki sürede önemli bir azalma meydana gelir. Kişinin yaşadığı depresyon ardından bir defa için dahi olsa hipomani tanısı alması, artık bu durumun bipolar bozukluk II olarak net bir şekilde ifade edilmesini sağlar (Scherk vd., 2007).

Bipolar bozukluk II tanısı alan kişilerin %5 ile 15'lik bir kısmında son 1 yıl içinde dört ya da daha çok sayıda duygudurum görülme eğilimi vardır. Bu belirtinin var olması durumun "hızlı döngülü" olarak ele alınmasını sağlayacaktır (Miklowitz vd., 2007).

2.6. TEDAVİ

Kişi bipolar bozukluk semptomları gösterdiği ve buna karşılık herhangi bir tedavi uygulanmadığı sürece, semptomların ortadan kalkması hem riskli hem de 3 ile 6 ay arasında sürebilir. Söz konusu bozukluk için depresyon epizodları daha uzundur,

genellikle 6 ila 12 ay sürer. Ancak etkili tedavi ile ataklar genellikle yaklaşık 3 aylık bir sürede ilerleme görülmeye başlar. Bipolar bozukluğu olan çoğu kişi, farklı tedavilerin bir kombinasyonu kullanılarak tedavi edilebilir (Scherk vd., 2007).

Bipolar bozukluk için en aktif kullanılan yöntemlerden biri ilaç tedavisidir. Kullanılan ilaçlar genel olarak duygudurum düzenleyici ilaçlardır ve lityum, antikonvülsan ilaçlar ve antipsikotik ilaçlar olarak ele alınırlar. Lityum, kimyasal bir elementtir ve ilk duygudurum düzenleyicisi olma özelliğine sahiptir. Mani süreci için büyük önem taşıyan lityum, tek başına yeterli bir tedavi şekline sahip değildir. Bunun en önemli nedeni %80'lik bir kısmın ilacı kullanmasına rağmen orta seviyeli bir yarar alıyor olmasıdır (Young vd., 2010).

İlaç, bipolar bozukluk için temel tedavi şeklini oluşturmasına karşılık psikososyal problemlerin varlığı nedeniyle psikolojik tedaviler sürecin önemli bir parçası olmaktadır. Psikoterapi söz konusu olduğunda ilk olarak eğitimler ön plana çıkmaktadır. Tanı almış hastalar için psikoeğitime dayalı bir süre, hastanın tanısını bilmesi, anlaması, sürecini yönetmesi ve gerekli durumlarda yardım alacağı kanalları bilmesi adına önem taşımaktadır. Eğitimler dışındaki diğer önemli tedavi yaklaşımı bilişsel davranışçı terapi ve aile odaklı terapi olarak ifade edilir (Sachs ve Thase, 2000).

Yapılan deneysel araştırmalarda hem ilaç hem de psikoterapi alan hastaların diğerlerine göre hastane yatışları ve döngüleri sırasında deneyimlemiş oldukları depresyon ya da mani düzeyinin diğer hastalara göre daha hafif olduğu yönünde bulgular mevcuttur. Bunun anlamı bipolar bozukluk için kişinin tek bir kanaldan tedavi yöntemi tercih etmesi değil, birçok kanalı kullanarak tedavi sürecini yönetmesidir (Stahl, 2006).

3. İNTİHAR

3.1. İNTİHAR NEDİR?

İntihar tıbbi olarak, kendini öldürme eyleminde bulunmanın ölümle sonuçlanması durumu olarak tanımlanır (Kınık, 2018) . Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1974 yılında tanımlamış olduğu intihar eylemini “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül amaçlı olarak kendine zarar vermesi” olarak ifade eder. Daha öncesinde intihar davranışı ölümle sonuçlanan ve sonuçlanmayan olmak üzere iki alt alanda incelenmekte olmasına karşın, günümüzde kişinin gerçekleştirdiği eylemin şekli ve sonucu ne şekilde olursa olsun, bireyin kendi hayatına istemli olarak son vermesine dayalı her davranış intihar olarak geçmektedir (Harmancı, 2015). İntihar olguları 3 grup üzerinde değerlendirilir. Birinci grup, intihar eylemini bir tür takıntı haline getiren kişileri tanımlar. Bu grupta yer alanlar, belli başlı olayları kendilerine gerekçe göstererek intihar etmeye çalışırlar ancak kişinin eylemi genellikle başarısız sonuçlanır. İkinci grupta yer alanlar ise bu fikri uzun zamandır düşünen kişileri tanımlar. Uzun süren bir düşünme ve planlama ardından gerçekleştirilen intihar, çoğunlukla ölümle sonuçlanır. Üçüncü grup takıntı olarak intihara inanan kimseleri tanımlar. Bu kişiler intiharı gerçekleştirmeyi düşünen ama bunun ötesine hiç gitmemiş olan kişilerdir (Polat, 2017, s. 279).

Bir kişinin intihar etmesinin nedenlerine dair farklı bakış açısındaki kuramcılar, birbirinden oldukça farklı bakış açıları ortaya koymuşlardır. Freud, bir kişinin aynı anda hem sevgi hem de nefret nesnesi olan kişiyi kaybetmesinin ardından öfke ve nefret gibi duyguların hakim olduğunu ve bu duyguları inkar ettiğini ifade eder. Bunun ardından gelen intihar ise kişinin aslında bir başkasına karşı duyduğu öldürme isteğine bağlı olarak kendini öldürmesi olarak açıklanır (Dede, 1999) . Toplum ve sosyal yapı üzerine odaklanan Durkheim, intihar olgusu üzerine çokça araştırma yapmıştır. Bu araştırmalardan elde ettiği bulgulara göre ise insanın intihar etmesinin üç nedeni bulunmaktadır. Birincisi, intihar kavramına karşı toplumun grup olarak geliştirmiş olduğu tutumdur. İkincisi, bireyin kendisi dışında gelişen zorlanmaları ve üçüncüsü, bu etmenlerin bireyin kişiliğiyle olan etkileşimidir. Tüm bunların yanında İntihar üzerinde psikolojik hastalık durumları etkili olabileceğini de

ifade eder (Şeker, 2019). İntiharda sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik sebepler etkilidir. Ekonomik kriz dönemlerinde, göçmenlerde, yurtlarını terk etmek zorunda kan kişilerde ve özellikle ekonomik problemleri yoğun yaşayan kişilerde intihar sıklığı daha fazladır. Ancak bunun nedenleri yalnızca sosyo-kültürel-ekonomik değildir (Polat, 2017).

İntihar nedir sorusuna verilen yanıtlarda intiharın nedenlerini ve ne olduğunu açıklayan farklı bakış açılarına dayalı teoriler bulunmaktadır. İntiharı daha iyi anlamak ve çalışmak adına kuramların her birine detaylı olarak bakmak faydalıdır.

3.2. İNTİHAR DAVRANIŞI VE TEORİK YAKLAŞIMLAR

İntihara dair kavramsal çerçeve söz konusu olduğunda birkaç farklı teorik yaklaşım ortaya çıkmaktadır. Bunlar Durkheim intihar teorisi, Menninger intihar teorisi ve Beck'in intihar teorisi olarak sınıflandırılmaktadır. İntihar davranışını daha iyi anlamak için her bir teoriyi incelemek yararlı olacaktır.

3.2.1. Durkheim İntihar Teorisi

İntiharın sosyolojik araştırmasının kökleri, kurucu Émile Durkheim intiharla ilgili ampirik çalışmasına dayanmaktadır ve hala disiplinlerin intiharolojiye en büyük katkısıdır. Durkheim'in teorisi iki temel ilkeyi öne sürer: (1) intihar oranlarının yapısı, bir grup veya insan sınıfının sosyal ilişkilerinin yapısının pozitif bir işlevidir ve (2) sosyal ilişkilerin entegrasyon seviyelerine göre değiştiği ve (ahlaki), düzenlemedir. Durkheim kendi boyutlarını hiçbir zaman net olarak tanımlamamış olsa da, sosyologlar genellikle entegrasyonu, bağların sayısı ve yoğunluğu gibi sosyal ilişkileri yapısal unsurları olarak ele almışlardır (Abrutyn ve Mueller, 2018).

Kabul edilen intihar teorilerinin çoğunu reddeden Durkheim, monografik çalışmalarına dayanarak, intiharın öncelikle yaşamsal bağın kırılması açısından sosyal bir fenomen olduğunu iddia eder. Durkheim, 1897'de yayınlanan "Le Suicide" adlı klasik çalışmada, ne psikopatik faktörün, ne kalıtımın, ne iklimin, ne yoksulluğun, ne mutsuz sevginin ne de diğer kişisel faktörlerin intiharın yeterli açıklamasını oluşturmadığını göstermektedir. Durkheim'a göre intihar bireysel bir eylem veya kişisel bir eylem değildir (Mueller vd., 2021). Bireyin veya süper bireyin üzerinde olan bazı güçlerden kaynaklanır. Durkheim, fenomeni tanımlayarak psikolojik açıklamayı

reddeder. Pek çok doktor ve psikolog, intihar edenlerin çoğunluğunun patolojik bir durumda olduğu teorisini geliştirir, ancak Durkheim intiharı belirleyen gücün psikolojik değil, sosyal olduğunu vurgular. İntiharın toplumsal düzensizliğin ya da toplumsal bütünleşme ya da toplumsal dayanışma eksikliğinin sonucu olduğu sonucuna varır (Zhang, 2019).

Emile Durkheim, oyuncu ve toplumu arasındaki farklı ilişki türlerine dayanarak farklı intihar türlerini sınıflandırmıştır.

1. Egoist intihar: Durkheim'a göre, bir insan sosyal olarak tecrit edildiğinde veya toplumda yeri olmadığını hissettiğinde kendini yok eder. Bu, özgecil duygulardan yoksun, genellikle toplumun ana akımından kopuk benmerkezci kişinin intiharıdır (Zhang, 2019).
2. Fedakar intihar: Bu tür intihar, bireyler ve grup çok yakın ve samimi olduğunda ortaya çıkar. Bu tür intihar, bireyin sosyal kanıtlara aşırı entegrasyonundan kaynaklanır, örneğin Sati gelenekleri, Dannies savaşçıları (Mueller vd., 2021).
3. Anomik intihar: Bu intihar türü, iflastan sonra veya bir piyangoyu kazandıktan sonra intihar gibi sosyal dengenin belirli bir şekilde bozulmasından kaynaklanır. Başka bir deyişle, anomik intihar aniden ortaya çıkan bir durumda gerçekleşir (Zhang, 2019).

3.2.2. Menninger İntihar Teorisi

Menninger, intiharı bir tür savaş hali olarak ele almaktadır. İntihar, kişinin yaşaması ya da ölmesine dair duyduğu istek, arzu arasında var olan bir çatışma halini ifade eder. Bu durum ise beraberinde öldürme, öldürülme ve ölüme duyulan üç tür arzu haliyle ilişkilendirilmektedir. Meninger, bir kişinin başka bir kişiyi öldürme isteğini intihar davranışı olarak yorumlar. Kişinin öldürmek istediği kişi bu düşünceye göre aslında kendisidir. Kişi, başkasını öldürmeye dair isteğinde başarısız olduğu takdirde bu isteği kendine yöneltir ve sonunda intihar davranışını gerçekleştirir (Sümer, 2016).

3.2.3. Beck ve Ekibi İntihar Teorisi

Bilişsel teorik yaklaşımda Aaron Beck ve ekibi intihar davranışlarında bilişsel hatalar ve çarpık düşüncünün oynadığı rol üzerinde durmuşlardır. Beck'in "Bilişsel

üçlü" kavramı (bir kimsenin kendisi, diğçerleri ve gelecek hakkındaki olumsuz düşünceleri) bilişsel intihar teorisinin temelidir. Beck, kişilik bozukluğu olan kişilerde intiharın akut sıkıntılı zamanlarda meydana geldiğini bildirmiştir. Bilişsel terapinin borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda intiharları ve intihar girişimlerini önemli ölçüde azalttığını bildirmiştir. 10 haftalık tedavi etkili olmuştur. Terapötik etkinin bir kısmı, terapi seanslarının kesilmesinden sonra, daha düşük sıklıkta, daha kısa ve daha az kişilerarası yoğun klinik randevuları içeren takip sırasında ortaya çıkar (Dean, 1999).

Depresyonla birlikte intihar riski, borderline kişilik bozukluğu ile karşılaştırıldığında farklı bir klinik seyir göstermektedir. Dr. Beck'e göre, depresyonla ilişkili intihar girişimleri şiddetli depresif belirtilerin olduğu dönemlerde ortaya çıkar. Bu şiddetli depresyon dönemleri, derin umutsuzluk ve genelleştirilmiş bilişsel çarpıtmalarla ilişkilidir. İntihar girişiminden kurtulanlar depresyondan kurtulabilir ve bazılarında umutsuzluk devam etse de tekrar ötimik duruma gelebilirler. Dr. Beck, bilişsel terapinin umutsuzluğu önemli ölçüde azalttığını ve imipraminden (antidepresan bir ilaç) daha etkili olduğunu bildiriyor. Dr. Beck ayrıca bilişsel terapinin "plaseboya kıyasla intihar düşüncesi ve umutsuzluk üzerinde önemli bir etkisi olduğunu" bildirdi (Stanley vd., 2016).

3.3. İNTİHARIN EPİDEMİYOLOJİSİ

Her yıl yaklaşık 800.000 insan intihar nedeniyle ölüyor; yani her 40 saniyede bir kişi kasıtlı olarak kendini öldürüyor. Küresel yıllık ölüm oranı, Dünya Sağlık Örgütü (WHO-DSÖ) tarafından yaş grupları ve ülkeler arasında farklılıklar olmakla birlikte 100.000 kişi başına 10.7 olarak tahmin edilmiştir.

İntiharlar ve intihar girişimleriyle ilgili terminoloji genellikle niyetler, motivasyonlar ve sonuçlara ilişkin ipuçlarını içermektedir (örneğin, dikkat çekme, rahatlama, kendini cezalandırma). Bu nedenle intiharın tamamlanmış intihar, intihar girişimleri ve intihar eğilimi gibi tarafsız kavramlara bağlı kalınması önerilir. DSM-5 yalnızca tanımlayıcı olmak üzere, "intihar davranışı bozukluğu" ve "intihar"ın yanı sıra "intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme" (NSSI) terminolojisini kullanır.

DSÖ verilerine göre ülkelerin intihar oranları birbirinden oldukça farklılık göstermektedir. Elde edilen verilerde göre Batı Almanya'da intihar oranı 36/100.000,

Litvanya’ da 34.4/100 000, İrlanda’da ise 3/100.000’dir. Avrupa, diğer birçok bölgeye oranla intiharda düşük oranlara sahiptir. Bu oran Uzak Doğu bölgesinde son derece yüksek bir orana sahiptir. Çin’de intihar oranları toplam ölüm oranlarının %3.6 ’lık bir dilimini oluşturmaktadır. Hindistan verilerine göre ülkedeki insanların ilk on ölüm nedenlerinden biri intihar olarak geçmektedir ve 1999 verilerine intihar yoluyla ölüm sayısı 110.000’dir. Uzak Doğu ülkelerinde yer alan en yüksek intihar oranı ise Japonya’ya aittir. 2001 Japonya intihar oranı 31.042 olarak açıklanmıştır (Harmancı, 2015).

Türkiye’de gerçekleşen intihar oranlarıyla ilgili raporlar dikkat çekici sonuçlar neden olmaktadır. Türkiye’de intihar oranı en çok ergenlere aittir. 15-24 yaş grubu aralığında yer alan bireylerin intihar oranları %24’tür. Bu sırayı %21’lik orana sahip olarak 25-34 yaş grubu aralığındaki genç bireyler oluşturmaktadır. Elde edilen bu sonuçlar ergenlerde ve gençlerde intihar davranışının araştırılması, nedenleri ve önlem çalışmalarını önemli bir hale getirmektedir (TÜİK, 2011). Türkiye’de çocuk ve ergenlerde intiharın nedenlerine dair birçok disiplin alanı çalışmalarda bulunmuş, her biri birbirinden farklı yaklaşımlar benimseyerek çocuk ve ergenlerde gerçekleşen intiharın nedenlerini, en çok hangi yollarla gerçekleştiğini ortaya koymuşlardır. Uçan (2006), yüksek lisans tezinde Türkiye’de intiharı konu alan yayınların bibliyografya çalışmasını yapmıştır. Bu çalışma Türkiye’deki çocuk ve ergen intiharlarının nedenlerini incelemek açısından literatüre dair bir kolaylık sağlamıştır.

4. HİPOTEZ VE YÖNTEM

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZİ

Araştırmanın amacı bipolar bozukluk ile intihar davranışı arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Literatürde yer alan çalışmalarda bipolar bozukluk beraberinde diğer sağlık sorunlarıyla ilişkilendirilir. Bunlardan biri de intihar davranışıdır. Araştırma, bipolar tanısı almış kişilerin intihar riskinin tanı almamış kişilerden daha yüksektir hipotezi ile ilerlemektedir.

4.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmanın yöntemi, literatür değerlendirmesidir. Literatür değerlendirmesi konu ile ilgili araştırma sentezleri ve meta-analizleri de dahil eden, halihazırda yayımlanmış teori ve araŐtırmaları değerlendiren bir yöntemdir. Literatür araŐtırmasında araŐtırmacı, daha önceden konu ile ilgili ele alınmış olan araŐtırmaları inceleyerek bir bütün halinde çalışma konusu üzerinde değerlendirir ve bu sayede konuyla ilgili durumları ele almayı amaçlar (Ekşi, 2015).

5. BİPOLAR BOZUKLUK VE İNTİHAR İLİŞKİSİ

5.1. LİTERATÜR ÇALIŞMALARI

İntihar ve bipolar bozukluk arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Jamison (2000), çalışmasında bipolar bozukluk ve intihar davranışı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu çalışmaya göre duygudurum bozuklukları (depresyon ve bipolar manik-depresyon), intiharla ilişkili açık ara en yaygın psikiyatrik durumlar olarak ele alınmıştır. Bipolar bozukluğu olan hastaların en az %25 ila %50'si de en az bir kez intihar girişiminde bulunur. İntihara karşı en etkili tedavi olan lityum dışında, genel olarak majör duygudurum bozuklukları ve özelde bipolar depresyonu olan kişilerde ruh halini değiştiren tedavilerin ölüm oranlarını en aza indirmeye yönelik spesifik katkıları hakkında oldukça az şey bilinmektedir.

İntihar ve nedenleri üzerine yapılan araştırmaların büyük bir kısmında intiharın en güçlü belirleyicisi olarak majör depresif atağın varlığı vurgulanmaktadır. (Holma vd., 2014; Tondo ve Isacson, 2003). Ulusal ve uluslararası psikolojik otopsi çalışmalarından derlenen veriler, intihar ölümlerinin % 90'ının bir veya daha fazla majör psikiyatrik tanı ile ilişkili olduğunu ve majör depresif bozukluğun (% 59-87) en sık görülen başlıca tanılarını temsil ettiğini ortaya koymaktadır (Rihmer ve Kiss, 2002). Bununla birlikte, Modlar başta majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluk olmak üzere birçok farklı psikiyatrik bozuklukta ifade edilmektedir ve majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluk tanısı olanlar arasında intihar düşüncesi ve davranışlarının ifadesinde farklılıklar olup olmadığı konusunda anlaşmazlık devam etmektedir (Weinstock vd., 2016).

Bipolar bozukluk yaygın ve ciddi bir hastalıktır. Aynı zamanda, madde kullanımı ve tıbbi hastalıklarla ilişkili kazalar ve artan mortalite nedeniyle potansiyel olarak ölümcüldür, ancak en yüksek öldürücülüğü intihardan kaynaklanmaktadır. Bipolar bozukluk tanısı konan kadın ve erkeklerde yılda ortalama %0,4 olan intihar oranları, genel popülasyondan 20 kat daha yüksektir. İntihar eylemleri genellikle hastalık seyrinin erken evrelerinde ve özellikle tekrarlayan şiddetli depresyonları takiben, hastalığın şiddetli depresif ve disforik-ajitasyonlu karışık evreleriyle birlikte ortaya çıkar (Tondo ve Baldessarini, 2000).

İntihar davranışını inceleyen araştırmalarda herhangi bir psikiyatrik sorunun varlığının ve tanısının intihar için önemli bir etken olduğuna dair vurgu çok fazladır. Herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı olan insanlar için riskler şu şekildedir: majör depresyon tanısında %20, bipolar bozukluk tanısında %15, distimi tanısında %12, şizofreni tanısında %12 ve takıntı zorlantı bozukluğu tanısında %11,5'dir. Bipolar bozukluk tanısı gereği depresif bozukluk alanına da sahip olması nedeniyle araştırmacılara göre intiharda en riskli grup arasında yer alır. Bipolar bozuklukta görölen depresif ataklar, kişinin intiharı deneme, vazgeçme ya da ölümlle sonuçlanmayan ancak gerçekteşmesi için eyleme geçilen intihar davranışları açısından önemli bir risk teşkil etmektedir. Manik ataklar bu noktada, diğer atak alanlarına göre intihar riskinin daha düşük olduğu süreçler olarak değerlendirilmektedir. Ek olarak, bipolar bozukluk için intihar riskini arttıran başka özellikler de bulunmaktadır. Riskler arasında: kişinin ailesindeki kişilerde intihar geçmişinin bulunması, kişilik özellikleri, süreğen madde kullanımı, yaşanan olumsuz yaşam olayları, intihar düşünceleri ve umutsuzluk gibi faktörler bulunmaktadır (Latalova vd., 2014).

Araştırma boyunca bipolar bozukluk I ile bipolar bozukluk II arasındaki farka gerekli vurgu yapılmıştır. Bu durum intihar davranışı söz konusu olduğunda da kendisini gösterir. Yapılan araştırmalara göre intihar davranışı söz konusu olduğunda bipolar bozukluk I ve bipolar bozukluk II arasındaki risk de değişiklik göstermektedir. Majör depresyon döneminde olan bir hasta için risk daha fazla olmaktadır. Bu durum ise bipolar bozukluk I için riski daha fazla ortaya çıkaran bir durum olarak yorumlanmaktadır (Güleç, 2016).

Bakım ve arkadaşları (2007), çalışmalarında intihar ve bipolar arasındaki ilişkiyi diğer faktörleri de dahil ederek incelemişlerdir. Buna göre alkol ve diğer madde kötüye kullanımı olan hastaların intihar teşebbüsü davranışları ve intihar etme oranları yüksektir. İntihar girişimi olan major depresif bozukluk ve bipolar bozukluğu olan hastalar ek olarak büyük bir oranda alkol ve diğer madde kötüye kullanımı çeşitli kişilik bozuklukları ile eş tanı alırlar. Birçok intihar ve intihar girişiminde, madde kötüye kullanımı ve/veya alkol zehirlenmesi gözlenmektedir. Madde kötüye kullanımı depresyon yolu ile, sosyal bütünleşmeyi bozabilmesi, zehirlenmenin intihar dürtülerinde artışa yol açabilmesi ile intiharı tetikleyebilmektedir. Alkol ve diğer

madde kötüye kullanıcılarında psikiyatrik bozukluk eş tanılılığı intiharlarda önemli bir risk etmenidir.

Yapılan çalışmalarla uyumlu bir diğer sonuç bir kişinin hayatına son vermesi ile psikiyatrik bir tanıya sahip olması arasındaki ilişki neredeyse %90'a yakındır. İntihar davranışının ölümle sonuçlanması ve bu kişilerin herhangi bir tanıya sahip olma arasındaki ilişkide bipolar bozukluk yüksek bir değere sahiptir. Bipolar bozukluk tanısı almış hastaların yaşamları boyunca en az bir kere olacak şekilde intihar davranışı sergilemeleri %20-60 arasında bir değere sahiptir. Tanı almış kişiler arasında %4-19'luk bir kısım ise intihar davranışı sonucu hayatlarını kaybetmiştir. Bu durum diğer bozukluklar arasında oldukça yüksek bir değere sahip olmasından dolayı dikkat çekicidir. Tanı almış kişilerin intihar davranışını sergileme riskleri tanıya sahip olmayan kişilere göre 20 ile 30 kat daha fazladır (Güneş, 2020).

Bipolar tanısı almış ve depresyon sürecine girmiş hastalar için intihar davranışı belirli riskleri içermektedir. Bunlar:

- Erkek olmak,
- 40 yaşından üstünde olmak,
- Sosyo-ekonomik seviyenin düşük olması,
- Ailede bipolar ya da intihar geçmişinin olması,
- Depresyon sürecinin uzun süreli olması,
- Psikomotor alanda önemli yavaşlamaların kendisini göstermesi gibi nedenler bipolar tanısı alan kişiler için intihar riskinin artmasına neden olan faktörler olarak değerlendirilir (Sayıl, 2000).

Bipolar bozukluk ile intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir diğer çalışmada intihar için en büyük risk grubunun bipolar tanısı almış kişiler olduğu ifade edilir. Araştırma bulgularında diğer çalışmalarda çok sık ifade edilmeyen bir durum olarak kişinin mani döneminde büyüklük sınırlarına bağlı olarak dünyayı kurtaracağı düşüncesinin intihara neden olması vardır. Kişi, mani döneminde yaşamış olduğu büyüklük sınırları ile intihar edebilir ya da intihar davranışında bulunabilir ancak bu durum çok sık rastlanan bir durum olma özelliği göstermez. Buna karşılık depresyon dönemine olması intihar riskini %30 oranında arttırmaktadır. Aynı zamanda bipolar

tanısı almış kişilerde depresyon döneminde intihar davranışı daha çok kadınlarda görülen bir sorun olarak ifade edilir. (Yüksel, 2001).

5.2. KLİNİK ÇALIŞMALAR

Bipolar hastalarla yapılan klinik çalışmaları inceleyen araştırmaların sayısı görece az olmasına rağmen, bu alanda önemli bilgiler sunmaktadır. Çalışmaların sayısının az olmasının temelinde hastaların takibinin hastane çıkışlarından sonra takibin zorlayıcı olmasıdır. Ostacher ve arkadaşları (2006), çalışmalarında 1999 yılları ile 2004 yılları arasında bipolar bozukluk tanısı alarak kliniğe tedaviye gelen hastaları değerlendirmişlerdir. Tanı, duygudurum, hastalığın seyri, işlevsellik ve alınan eş tanılar gibi durumlar değerlendirilmiştir. Ayrıca araştırmacılar sigara ile bipolar bozukluk ile intihar arasındaki ilişkiyi incelemeyi hedeflemiştir. Bu boylamsal araştırmadan elde edilen sonuçlara göre yaşam boyu sigara içen bipolar hastaların duygudurum bozukluğunun başlangıç yaşının daha erken olması, semptomların daha şiddetli olması, daha kötü işlevsellik, intihar girişimi öyküsü ve yaşam boyu eşlik eden anksiyete ve madde kullanım bozuklukları öyküsü olması daha olasıydı. Sigara içmek bipolar bozuklukta intihar davranışıyla bağımsız olarak ilişkili olabilir.

Bir diğer çalışma Yaşam boyu bipolar I ve bipolar II depresyon öyküsü olan katılımcılar, alkol ve ilişkili durumlarla ilgili 4 yapılandırılmış sorguyu içeren Ulusal Epidemiyolojik Araştırmadan alınmıştır. İntihar düşüncesi/girişimi 2 pl parametrik madde yanıt modeli ile gruplar arasındaki farklı madde işleyişini tahminlerine dayalı olarak değerlendirilmiştir. Buna göre öyküsünde alkol ve uzun süreli depresyon tanısı olan kişilerin intihara olan yatkınlıkları diğerlerine göre daha yüksektir. Sonuçlar hastaların yalnızca hastanede kaldıkları süreci içerdiği için ve hastanede intihar girişiminde bulunmaları olanaksız olduğu için, intihar riskine dair ölçek dışında herhangi bir bulgu elde edilmemiştir (Abreu vd., 2009).

Uğur (2012), bipolar bozuklukta özkıyım davranışının değerlendirmesine yönelik tezinde bipolar bozukluk biriminde yatan hastalardan seçtiği örneklem ile bipolar bozukluk ve intihar davranışı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. 52 kadın ve 39 erkekten oluşan örneklemde 91 bipolar tanısı alan hastadan 40 hasta intihar girişimi öyküsüne sahiptir. Bu hastalar ile yapılan araştırma sonucunda elde edilen bulgular

şöyledir: bipolar bozukluk tanısı almış ve daha önce intihar girişimi olmuş hastaların depresyon düzeyleri daha ağır, atakları daha karma ve işlevsellikleri daha bozuktur.

Çalışmasında remisyonadaki bipolar bozukluk tip 1 hastalarında komorbidite, mizaç ve intihar olasılığı ilişkisini inceleyen Gökdemir (2019), altı aylık bir sürede remisyonunda olan bipolar bozukluk tanısı almış hastaların ek tanılarının olup olmadığını, intihar risklerini ve mizaç özelliklerini incelemiştir. Buna göre tanı alan kişilerin remisyon döneminde de intihar riskinin olduğu ve bu riskin komorbidite ile mizaç özellikleri arasında ilişki olduğu yönünde bir sonuç elde edilmiştir. Araştırmada komorbidite tanısı almış hastaların intihar riskleri, tanı almamış hastalara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Senem (2018), bipolar bozukluğu olan bireylerde hemşire gözlemi ile mani belirtileri ve intihar olasılığının değerlendirilmesini yapmıştır. Buna göre hastaneye yatışı gerçekleşmiş ve bipolar tanısı almış olan hastaların etkileşimsel gözlem ölçeği düzeyi ile intihar davranışları arasında anlamlı bir ilişki söz konusudur. Mani tanısı almış hastalar arasında umutsuzluk, olumsuzluk ve düşmanlık gibi alt puanlarda yüksek değerlere sahip olan kişilerin intihar riskleri, bu alanlarda daha düşük puanlara sahip kişilerden daha yüksektir.

İntihar girişimlerini incelediği çalışmalarında Şevik ve arkadaşları (2012), Kastamonu Devlet Hastanesine intihar girişimi ile sevk edilmiş olan hastalardan psikiyatri birimine yönlendirilmiş olanlar ile bir araştırma gerçekleştirmiştir. Çalışmaya toplamda 193 kişi katılmıştır. Hastalar arasında 144'ü öncesinde intihar girişiminde bulunmuştur. Bu kişilerden 81'i görüşmelere tek seferli katılım göstermiştir. Geri kalanlar görüşmelere düzenli olarak katılmıştır ve bu katılımlardan elde edilen sonuca göre intihar girişimlerinin daha çok yaz aylarında ortaya çıktığı, ailelerinde intihar öyküsünün yer aldığı ve bu kişilerin %5'lik bir kısmının bipolar tanısı aldığı görülmektedir.

İntiharı öngörebilecek bir araç: Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği kullanarak ele aldıkları çalışmalarında Karamustafalıoğlu ve arkadaşları (2010), çalışmalarında intihar davranışı ile diğer ruhsal sorunlar arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Araştırmada depresyon ve anksiyete üzerinde durulmasına rağmen dikkat çekici bir sonuç olarak intihar girişimleri ile bipolar bozukluk arasında anlamlı bir sonuç elde edilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre intihar girişimi

bulanan hastaların büyük bir kısmında bipolar bozukluk tanısı almaya uygun kriterler söz konusudur. Ayrıca hastaların bir kısmının bipolar tanısına sahip olması bipolar bozukluk ve intihar davranışı arasındaki ilişki kuvvetlenmiştir. Araştırmada karma tanı alan hastaların yüksek enerjik halleri ve disforik duygudurumlarına bağılı olarak intihar riskleri diğere tanılara göre daha yüksek bulunmuştur.

SONUÇ

İntihar özellikle son dönemlerde gerek bireysel olarak gerekse de toplumsal olarak insanların önemli bir sorunu haline gelmiş durumdadır. İnsanların intihar etmelerinin nedenlerini açıklayan yaklaşımlar bu durumu bireysel ya da toplumsal boyutları ile ele almaktadırlar. Birçok araştırmacıya göre intihar temelinde yer alan belli patolojiler bulunmaktadır. Daha öncesinde intiharın nedeni ile ilgili ele alınan yaklaşımlarda intiharın daha sosyal boyutları olduğuna odaklanma durumu da söz konusudur. Son zamanlarda intiharın toplumsal olarak bir sorun haline gelmesi ile beraber araştırmalar intiharın nedenleri ve intiharı önleme üzerine yoğunlaşmışlardır. Çalışmalardan elde edilen en temel sonuçlar intihar ile duygudurum bozuklukları ile olan ilişkide kendisini göstermiştir. Özellikle uzun süreli depresyon ve kişinin depresyon düzeyinin yüksek bir seviyede olması intiharın ölümle sonuçlanmasında en önemli belirleyici faktör olarak görülmektedir. Kişinin ailesinde intihar öyküsünün bulunması, sosyo-ekonomik olarak düşük bir yaşama sahip olmak, madde kullanımı gibi faktörler de intihar için temel risk faktörlerini meydana getirmektedir.

Araştırmada intiharın bipolar bozukluk ile olan ilişkisi incelenmiştir. Literatürde intihar ve psikolojik durumlar arasındaki ilişkide şizofreni, şizoafektif bozukluk, borderline kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile bipolar bozukluk en çok ilişkilendirilen sorunlar arasında yer almıştır. Araştırmada bu doğrultuda bipolar bozukluk ile intihar arasındaki ilişki incelendiğinde bipolar bozukluk ile intihar arasında yüksek düzeyli bir ilişki olduğu ortaya konmuştur.

Bipolar bozukluk, intihar için önemli risk faktörleri arasında yer alan bir durumu ifade eder. İntihar girişimi ile hastaneye yatışı gerçekleşmiş olan hastalar arasında bipolar bozukluk tanısı alanların oranı diğer tanıya sahip olan hastalara göre %25 oranında fazladır. Aynı zamanda tanısı olan bipolar hastalardan elde edilen bilgilere göre, bu kişiler yaşamlarının bir kısmında intiharı düşünmüş ya da intihar girişiminde bulunmuş kişiler olarak ele alınmıştır. Literatürde yer alan araştırmaların hemen hepsi intihar ve bipolar bozukluk arasındaki ilişkide hem fikirdir. Buna karşılık araştırmacılar, bipolar bozukluk I ve bipolar bozukluk II tanısına sahip hastalardan hangi grubun daha yüksek risk altında olduğu hakkında fikir birliği içinde değildirler. Bazı araştırmacılara göre bipolar bozukluk I sırasında yaşanan mani dönemi intiharın

önemli bir risk faktörünü meydana getirmektedir. Kişinin mani döneminde sergilemiş olduğu davranışlarda oluşan aşırılık ve bilişsel olarak karşı karşıya kaldığı sürece bağlı olarak bazı araştırmacılar bipolar bozukluk I için intihar riskinin daha yüksek düzeyli olduğunu ifade ederler. Buna karşılık bazı araştırmacılar için mani dönemi intihara neden olacak dinamikleri sağlamaz. Bipolar bozukluk için intihar riski depresyon süreci ile ilişkilendirilir. Bir duygudurum bozukluğu olarak majör depresif bozukluk, kişinin kendisini değersiz ve umutsuz olarak hissettiği, işlevselliğinde bozulmaların meydana geldiği, yetersizlik düşüncelerinin hakim olduğu ve intihar düşüncelerinin aktif olarak kendisini gösterdiği bir dönemi ifade eder. Bipolar bozukluk tanısı almış ve sürecin maniden ziyade depresyon kısmında olan hastalar için intihar birçok araştırmacıya göre önemli bir risk faktörünü oluşturur.

Araştırmada duygudurum bozukluklarına bağlı olarak genel bir çerçevede incelenen depresyon kriterleri ve risk faktörleri de intihar ile depresyon arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir. Bu durumun bipolar bozukluk tanısı almış olan hastalarda intiharı önleme adına yapılacak olan çalışmalara faydası oldukça önemlidir. Hastaların özellikle depresyon sürecinde yardım ihtiyacı ile başvurmaları ve takibe alınan hastaların kontrolleri ile yapılacak olan çalışmalar sayesinde bipolar bozukluk ve intihar arasındaki ilişki daha net ve faydalı bir şekilde ortaya konacaktır.

KAYNAKÇA

- Abreu, L., Lafer, B., & Aquendo, M.** (2009). Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Braz J Psychiatry, 31(3)*, 271-280.
- Abrutyn, S., & Mueller, A.** (2018). Toward a cultural-structural theory of suicide: Examining excessive regulation and its discontents. *Sociological Theory, 36(1)*, 48-66.
- Ahrens, B., Muller Oerlinghausen, B., Schou, m., Wolf, T., Alda, M., & Grof, E.** (2005). Excess cardiovascular and suicide mortality of affective disorders may be reduced by lithium prophylaxis. *Journal of Affective Disorder 33*, , 67-75.
- Akiskal, H.** (2007). Targeting suicide prevention to modifiable risk factors: has bipolar II been overlooked. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*, 395-402.
- Alloy, L., Abramson, L., & Walshaw, W.** (2009). Behavioral approach system (BAS)- relevant cognitive styles and bipolar spectrum disorder: Concurrent and prospective associations. *Journal of Abnormal Psychology, 118(3)*, 459-471.
- Anand, A., & Koller, D.** (2015). Genetic and childhood trauma interaction effect on age of onset in bipolar disorder: An exploratory analysis. *J. Affect. Disord. 179(14)*, 1-5.
- Angst, J., & Sellaro, R.** (2000). Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological psychiatry, 48(6)*, 445-457.
- Angst, J., Angst, F., & Gamma, A.** (2005). Suicide in 406 mood disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up. *Archives of Suicide Research 9*,, 279-300.
- Angst, J., Gross, V., & Rössler, W.** (2020). Bipolar disorders in ICD-11: current status and strengths. *Int J Bipolar Disord 8, (3)*, 13-32.

- Bakım, B., Karamustafaoğlu, O., & Akpınar, A.** (2007). Alkol ve diğer madde kullanım bozukluklarında intihar girişimleri ve tamamlanmış intihar. *Bağımlılık Dergisi*, 8(2), 91-96.
- Barichello, T., Badawy, M., & Pitcher, M.** (2016). Exposure to perinatal infections and bipolar disorder: a systematic review. *Curr Mol Med*, 16(23), 106-118.
- Bauer, M., & Pfenning, A.** (2005). Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia*, 46(4), 8-13.
- Beak, J.** (2014). Epidemiology and course of unipolar mania: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *Depress Anxiety*, 31, 746-755.
- Benazzi, F.** (2003). Bipolar II depressive mixed state: finding a useful definition. *Comprehensive Psychiatry* 44(2), 21-27.
- Benazzi, F.** (2007). Bipolar disorder—focus on bipolar II disorder and mixed depression. *The Lancet*, 369(9565), 935-945.
- Bender, R., & Alloy, L.** (2011). Life stress and kindling in bipolar disorder: Review of the evidence and integration with emerging biopsychosocial theories. *Clin. Psychol. Rev*, 31, 383-398.
- Burçak Annagür, B.** (2008). *Depresyon hastalarında dürtü kontrol bozuklukları sıklığı*, (Uzmanlık Tezi), Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adana.
- Cassidy, F.** (2011). Risk factors of attempted suicide in bipolar disorder. . *Suicide and Life-Threatening Behavior* 41., 6-11.
- Crump, C., Sundquist, K., & Winkleby, M.** (2013). Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry*, 70(02), 931-939.
- Davison, T.** (2009). An examination of the "gold standart" diagnosis of major depression in aged-care settings . *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(5), 359-367.

- Dean, P.** (1999). Testing the escape theory of suicide in an outpatient clinical population. *Cognitive therapy and research*, 23(6), 561-572.
- Dilbaz, N., & Yılmaz, O.** (2019). Duygudurum bozuklukları ve alkol ve madde kullanım bozukluğu eş tanısı ve tedavisi. *Üsküdar Üniversitesi Dergisi*, 27-35.
- Diniz, B. S., Teixeira, A. L., Cao, F., Gildengers, A., Soares, J. C., & Butters, M. A.** (2017). History of bipolar disorder and the risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *he American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(4), 357-362.
- Drabentott, M.** (2019). Matter of Life and Death: Integrating Mattering into the Interpersonal–Psychological Theory of Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(4), 1006-1018.
- Duffy, A.** (2010). The early natural history of bipolar disorder: what we have learned from longitudinal high-risk research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(8), 477-485.
- Dunner, D.** (2003). . Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar disorder*, 5(3), 456-463.
- Edvardsen, J., Torgersen, S., & Roysamb, E.** (2008). Heritability of bipolar spectrum disorders. Unity of heterogeneity? *Journal of Affective Disorders*, 106(3), 229-240.
- Ekşi, H.** (2015). *APA Publication Manual Yayım Klavuzu* . İstanbul: Kaknüs .
- Esan, O., & Esan, A.** (2016). Epidemiology and burden of bipolar disorder in Africa: a systematic review of data from Africa. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51, 93-100.
- Etain, B., Mathieu, F., & Henry, C.** (2010). Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *J. Trauma Stress*, 23(1), 376-383.
- Furukawa, T.** (2010). Assessment of mood: Guides for clinicians. *Journal Psychosom Res*, 68(6), 581-589.

- Gökdemir, E.** (2019). *Remisyonadaki bipolar bozukluk tip I hastalarında komorbidite, mizaç ve intihar olasılığı ilişkisi*, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Güleç, G.** (2016). Psikiyatrik bozukluklar ve intihar. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 9(3), 21-26.
- Güneş, M.** (2020). *İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk I tanılı hastaların, kronobiyoloji, dürtüsellik ve klinik değişkenler açısından karşılaştırılması*, (Yüksek Lisans Tezi), Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Garno, J., Golberg, J., & Ramirez, P.** (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*, 186(44), 121-125.
- Ghaemi, S.** (2013). Bipolar spectrum: A review of the concept and a vision for the future. *Psychiatry Investig*, 10, 218-224.
- Gorwood, P.** (2010). Influence of the serotonin transporter gene polymorphism, cannabis and childhood sexual abuse on phenotype of bipolar disorder: a preliminary study. *Eur Psychiatry*, 25(9), 323-327.
- Grigolon, R., Mansur, R., & Brietzke, E.** (2019). Association between diabetes and mood disorders and the potential use of anti-hyperglycemic agents as antidepressants. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 95, 109720.
- Hickie, I.** (2014). Evidence for separate inheritance of mania and depression challenges current concepts of bipolar mood disorder. *Molecular psychiatry*, 19(2), 155.
- Holma, K., Kirsi, J., Valtonen, H., Sokero, P., & Oquendo, M.** (2014). Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disorders*, 16(6), 652-661.

- Hosang, G., Korszun, A., & Jones, L.** (2010). Adverse life event reporting and worst illness episodes in unipolar and bipolar affective disorders: Measuring environmental risk for genetic research. *Psychol. Med.*, *40*, 1829-1837.
- Işık, E.** (2003). *Duygu durumu bozuklukları/depresyon ve bipolar bozukluklar*. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık .
- Jamison, K.** (2000). Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, *61*(9), 47-51.
- Johnson, K., & Johnson, S.** (2014). Cross-national prevalence and cultural correlates of bipolar I disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *49*(2), 1111-1117.
- Jonier, T., Brown, J., & Wintage, L.** (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology*, *56*, 287-314.
- Jorm, A., Christensen, H., Henderson, A., & Jacomb, P.** (2000). Predicting anxiety and depression from personality: Is there a synergistic effect of neuroticism and extraversion ? *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 145-149.
- Köroğlu, E.** (2016). *Klinik psikopatoloji*. İstanbul: HYB Yayınları .
- Karamustafaloğlu, O., Özçelik, B., Bakım, B., Cengiz Ceylan, Y., & Göksan Yavuz, B.** (2010). İntiharı öngörebilecek bir araç: Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* , *23*, 151-157.
- Keck, P., McElroy, S., & Arnold, L.** (2001). Bipolar disorder. *Medical Clinics of North America*, *85*(3), 645-661.
- Kieseppa, T., Partonen, T., & Haukka, J.** (2004). High concordance of bipolar I disorder in a nationwide sample of twins. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1814-1821.
- Klein, D.** (2006). Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 872-880.

- Kolar, D.** (2017). Current status of electroconvulsive therapy for mood disorders: A clinical review. *Evid Based Ment Health, 20(1)*, 12-14.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D.** (2010). Linking big personality traits to anxiety, depressive and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 136(5)*, 768-821.
- Kotov, R., Leong, S., & Mojtabai, R.** (2013). Boundaries of schizoaffective disorder: Revisiting kraepelin. *JAMA Psychiatry, 70*, 1276-1286.
- Kring, A., Johnson, S., Davison, G., & Neale, J.** (2017). *Anormal psikoloji*. (M. Şahin, Çev.) Ankara: Nobel.
- Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J.** (2014). Suicide in bipolar disorder: a review. *Psychiatria Danubina, 26(2)*, 108-114.
- Mammen, G., Rueda, S., Roerecke, M., & Bonato, S.** (2014). Association of cannabis with long-term clinical symptoms in anxiety and mood disorders: a systematic review of prospective studie. *The Journal of clinical psychiatry, 79(4)*, 2248.
- Marchang, J.** (2010). Striatal structure and function in mood disorders:A comprehensive review. *Bipolar Disorders, 12(8)*, 764-785.
- Marwaha, S., & Durrani, A.** (2013). Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. *Psychiatr Scand, 128*, 179-192.
- Mason, B., & Brown, E.** (2016). Historical underpinnings of bipolar disorder diagnostic criteria. *Behavioral Sciences, 6(3)*, 14-21.
- Merikangas, K., & Lamers, F.** (2012). The ‘true’ prevalence of bipolar II disorder. *Current Opinion in Psychiatry 25 (23)*, 19-23.
- Merikangas, K., He, J., Burstein, M., & Swanson, S.** (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 40(10)*, 980-989.

- Meyer, F., & Meyer, T.** (2009). The misdiagnosis of bipolar disorder as a psychotic disorder: some of its causes and their influence on therapy. *Journal of affective disorders, 112(1-3)*, 174-183.
- Miklowitz, D., Otto, M., Frank, E., & Kogan, J.** (2007). Psychosocial treatments for bipolar depression: A 1-year randomized trial from the systematic treatment enhancement program. *Archives of General Psychiatry, 64*, 419-427.
- Monroe, S., & Harkness, K.** (2005). Life stress, the kindling hypothesis and the recurrence of depression: Considerations from a life stress perspective. *Psychological Review, 112*, 417-445.
- Mortensen, P., & Pedersen, C.** (2011). Neonatal antibodies to infectious agents and risk of bipolar disorder: A population-based case-control study. *Bipolar Disord, 13*, 624-629.
- Mueller, A., Abrutyn, S., Pescosolido, B., & Diefendorf, S.** (2021). The social roots of suicide: Theorizing how the external social world matters to suicide and suicide prevention. *Frontiers in psychology, 12*, 763.
- Murray, G., & Harvey, A.** (2010). Circadian rhythms and sleep in bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 12(5)*, 459-472.
- Oliveria, J., & Kzama, R.** (2016). Toxoplasma gondii exposure may modulate the influence of TLR2 genetic variation on bipolar disorder: a gene-environment interaction study. *Int J Bipolar Disord., 4(11)*, 42-56.
- Orum, M., & Eğılmez, O.** (2018). Psychiatric presentation of hypoxic ischemic encephalopathy occurring after a violent suicide attempt: a case of hanging. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 31*, 228-230.
- Ostacher, M., Nierenberg, A., Perlis, R., & Eidelman, P.** (2006). The relationship between smoking and suicidal behavior, comorbidity, and course of illness in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry, 67(12)*, 1907-1911.

- Phillips, A., Burr, R., & Dunner, D.** (2018). rTMS effects in patients with co-morbid somatic pain and depressive mood disorders. *Journal Affect Disorder, 1(241)*, 411-416.
- Pini, S., & Pagnin, D.** (2005). Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *Eur Neuropsychopharmacol, 15*, 425-435.
- Rammohan, K.** (2019). Migraine and mood disorders: prevalence, clinical correlations and disability. *ournal of neurosciences in rural practice, 10(01)*, 28-33.
- Rihmer, Z., & Gonda, X.** (2011). Antidepressant-resistant depression and antidepressant-associated suicidal behaviour: the role of underlying bipolarity. *Research and Treatmen, 906462*.
- Sümer, N.** (2016). Antik ve ilkel toplumlarda intihar olgusu. *Siirt Üniversitesi İ.F.D, 1(1)*, 83-116.
- Sachs, G., & Thase, M.** (2000). Bipolar disorder therapeutics: Maintenance treatment. *Biological Psychiatry, 48*, 573-581.
- Sayıl, I.** (2000). Bipolar bozukluklarda intihar. *Kriz Dergisi, 5(1)*, 41-44.
- Scherk, H., Pajonk, F., & Leucht, S.** (2007). Second-generation antipsychotic agents in the tratment of acute mania: A systematic review and meta analysis of randomized controlled trials . *Archives of Genaral Psychiatry, 64*, 442-455.
- Senem, A.** (2018). *Bipolar bozukluğu olan bireylerde hemşire gözlemi ile mani belirtileri ve intihar olasılığının değerlendirilmesi* , (Yüksek Lisans Tezi),Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Simon, G., Goldberg, D., & Korff, M.** (2002). Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychological Medicine, 32*, 585-594.
- Solomon, D., Keller, M., Leon, A., Mueller, T., & Shea, T.** (2000). Multiple rucurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry, 157*, 229-233.

- Stahl, S.** (2006). Essential psychopharmacology: The prescriber's guide. *Cambridge Press*, 456-461.
- Stanley, I. H., Hom, M. A., Rogers, M. L., Hagan, C. R., & Joiner Jr, T. E. (2016). Understanding suicide among older adults: a review of psychological and sociological theories of suicide. *Aging & mental health*, 20(2), 113-122.
- Strober, M.** (2011). A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of family aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 239-253.
- Şevik, A., Özcan, H., & Uysal, E.** (2012). İntihar girişimlerinin incelenmesi: Risk faktörleri ve takip. *Klinik Psikiyatri*, 15, 218-225.
- Thase, M., Jindal, R., & Howland, R.** (2002). Biological aspects of depression. *Journal of Studies on Clinical Psychological*, 61, 191-218.
- Tondo, L., & Baldessarini, J.** (2000). Reduced suicide risk during lithium maintenance treatment. *J Clin Psychiatry*, 61(9), 97-104.
- Tondo, L., & Isacson, G.** (2003). Suicidal Behaviour in Bipolar Disorder. *CNS Drugs*, 17, 491-511.
- Tondo, L., Lepri, B., & Baldessarini, R.** (2007). Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 116(17), 419-428.
- Uğur, K.** (2012). *Bipolar bozuklukta özkıyım davranışının değerlendirmesine* , (Uzmanlık Tezi), Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adana.
- Weinstock, L., Strong, D., Uebelacker, A., & Miller, I.** (2016). Differential endorsement of suicidal ideation and attempt in bipolar versus unipolar depression: a testlet response theory analysis. *Journal of Affective Disorders*, 200, 67-73.
- Yüksel, N.** (2001). İntiharın nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, Ek, 5-15.

- Young, J., Goey, A., & Minassian, A.** (2010). GBR 12909 administration as a mouse model of bipolar disorder mania: Mimicking quantitative assessment of manic behavior. *Psychopharmacology*, *208*(3), 443-454.
- Zhang, J.** (2019). The strain theory of suicide. *Journal of Pacific Rim Psychology*, *13*, 421-429.
- Zivanovic, O., & Nedic, A.** (2012). Kraepelin's concept of manic-depressive insanity: One hundred years later. *Journal of Affective Disorders*, *137*(1-3), 15-24.

