

Bipolar I bozukluk tanılı ötimik hastalarda duygu düzenleme güçlüklerinin işlevsellik üzerine etkisi

The effect of emotional dysregulation on functionality in euthymic patients diagnosed with bipolar I disorder

Gözde Akbaba¹, İbrahim Balcıoğlu²

¹Uzm. Dr., Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0003-2280-0730>

²Prof. Dr., Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul Türkiye, <https://orcid.org/0000-0002-5475-3695>

ÖZET

Amaç: Son yıllarda yapılan birçok çalışmada bipolar bozuklukta hem atak dönemlerinde hem de ötimik dönemlerde yoğun işlevsellik kaybı olduğu gösterilmiştir. Çalışmanın amacı bipolar bozukluk tip I tanısı olan ötimik dönemdeki erişkinlerin duygu düzenleme güçlüklerinin işlevsellik üzerine etkisinin belirlenmesidir. **Yöntem:** Yaş, cinsiyet, eğitim durumu açısından eşleştirilmiş 36 kişiden oluşan Bipolar I (BP-I) tanısı alan hasta grubu ve 40 katılımcı ile bir kontrol grubu oluşturuldu. Duygu düzenlemeyle ilgili güncel ve klinik açıdan anlamlı güçlükleri değerlendirmek amacıyla Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) ve işlevselliğin değerlendirilmesi için Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) uygulandı. **Bulgular:** DDGÖ ölçeği toplam ($p=0,422$), Kabullememe ($p=0,870$), Hedefler ($p=0,488$), Dürtü ($p=0,220$), Farkındalık ($p=0,098$), Stratejiler ($p=0,682$), Açıklık ($p=0,262$) alt ölçekleri arasında, Wender Utah Derecelendirme Ölçeği toplam puanı ($p=0,261$) ve Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği toplam puanı ($p=0,766$) açısından hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar tespit edilemedi. KİDÖ toplam puanı her iki grupta benzer olmasına karşın ($p=0,558$), alt ölçek puanları açısından BP-I grubunda özerklik ($p=0,010$), bilişsel işlevsellik ($p=0,048$), mali konular ($p=0,004$) ve boş zaman etkinlikleri ($p=0,007$) puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti. Hasta grubunda KİDÖ toplam puanı ile DDGÖ stratejiler alt ölçeği arasında anlamlı bir pozitif korelasyon vardı ($r=0,338$, $p=0,044$). KİDÖ ve DDGÖ farklı alt ölçekleri arasında zayıf-orta derecede anlamlı pozitif korelasyonlar tespit edildi: mesleki işlevsellik (KİDÖ) ile kabullenememe (DDGÖ); bilişsel işlevsellik (KİDÖ) ile hedefler, stratejiler ve açıklık (DDGÖ); mali konular (KİDÖ) ile farkındalık (DDGÖ); boş zaman etkinlikleri (KİDÖ) ile hedefler ve farkındalık (DDGÖ). **Sonuç:** Hastalık dönemleri sonrasında psikososyal işlevsellik düzeylerinin iyileştirilmesi hedeflenmeli; işlevsellik düzeyinde bozulma ile ilişkilendirilen ötimik dönemdeki duygu düzenleme güçlüklerinin de uygun tedavi yöntemleri kullanılarak iyileştirilmesinin yararlı olacağı sonucuna varılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, Ötimi, Duygudurum, Duygu Düzenleme Güçlükleri, Emosyonel Disregülasyon, İşlevsellik

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2022;25:376-385)

DOI: 10.5505/kpd.2022.76736

SUMMARY

Objective: There is an intense loss of functionality in bipolar disorder both in mania or depressive periods and in euthymic periods. The study aims to determine effect of emotion regulation difficulties on functionality in adults in euthymic period diagnosed with bipolar disorder type I (BP-I). **Method:** Thirty-six patients with BP-I and control group of 40 persons, matched in terms of age, gender, educational status, were formed. The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) was used to assess current and clinically significant difficulties related to emotion regulation, and the Functional Assessment Short Test (FAST) was used to assess functionality. **Results:** There were no significant differences between patient and control groups in terms of total score of DERS ($p=0.422$), Nonacceptance ($p=0.870$), Goal-directed behaviour ($p=0.488$), Impulse ($p=0.220$), Awareness ($p=0.098$), Strategies ($p=0.682$), Clarity ($p=0.263$) subscale scores of DERS scale, Wender Utah Rating Scale total score ($p=0.261$), and Hamilton Anxiety Rating Scale total score ($p=0.766$). Although the FAST total score was similar in both groups ($p=0.558$), in the BP-I group in terms of subscale scores, autonomy ($p=0.010$), cognitive functionality ($p=0.048$), financial issues ($p=0.004$) and leisure time activities ($p=0.007$) scores were statistically significantly higher than the control group. In the patient group, there was a significant positive correlation between the FAST total score and the DERS strategies subscale ($r=0.338$, $p=0.044$). Weak-to-moderate significant positive correlations were found between different subscales of FAST and DERS; those were occupational functionality (FAST) and non-acceptance (DERS); cognitive functionality (FAST) with goals, strategies, and clarity (FAST); financial issues (FAST) and awareness (DERS); leisure activities with goals (FAST) and awareness (DERS). **Conclusion:** It should be aimed to improve the psychosocial functionality levels after the illness periods; it is concluded that it would be beneficial to improve emotion regulation difficulties in the euthymic period, which is associated with impaired functionality, by using appropriate treatment methods.

Key Words: Bipolar Disorder, Euthymia, Mood, Emotional Dysregulation, Functionality

GİRİŞ

Bipolar Bozukluk (BP) mani, hipomani, depresyon epizotları veya karma epizotlarla seyreden ciddi, kronik seyirli bir rahatsızlıktır. BP'nin yıllık insidansı 100.000'de 3-5 arası değişmekle beraber yaşam boyu prevalansının %3-7 olduğu tahmin edilmektedir. Bipolar Bozukluk tip-I (BP-I) ve Bipolar Bozukluk tip II'nin (BP-II) en sık 12-30 yaş arasında başladığı ifade edilmektedir (1,2).

BP çalışma yeteneği dahil olmak üzere, neredeyse tüm yaşam alanlarında işlevselliği önemli ölçüde bozmaktadır. Genel olarak BP uygun farmakoterapi ve psikososyal müdahaleler ile yönetilebilir, ancak rezidüel klinik semptomlar ve disfonksiyon, aktif tedavi olsa dahi devam edebilir. Bu nedenle, BP hastalarını tedavi ederken duygudurum belirtileri ve işlevsellik sürekli olarak yeniden değerlendirilmelidir (1).

Duygu Düzenlemede Güçlükler Tanımı

Duygu düzenleme güçlüğu duygulara esnekçe cevap verme ve duyguları yönetmede başarısızlık olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım basit olsa da duygu düzenleme güçlükleri başlığı altında incelenen olgularda önemli farklılıklar vardır. Yetişkin beyin görüntüleme çalışmalarında ve hayvan örneklerinde, amigdala, hipokampus ve prefrontal korteks dahil olmak üzere birçok önemli beyin yapısının duygu düzenlemedeki rolü gösterilmiştir. Duygu düzenleme gelişimsel yönden ele alındığında doğumdan itibaren ailenin çocuğun duygularına verdiği yanıtların çok önemli etkileri olduğu ve bakım verenden gelen yanıtızlığın güçlüklerle yol açtığı bildirilmiştir (3). Yaş ilerledikçe, duyguların denetimi ve ifade edilmesini yöneten kurallar öğrenildikçe, duygu düzenleme becerileri gelişmeye devam eder (4).

Bipolar Bozuklukta İşlevsellik

Son yıllardaki araştırmalar, birçok BP hastasındaki sendromal iyileşmeye rağmen hastalarda bozukluğa ait hafif belirtilerin ve işlevsel bozulmanın olduğunu göstermektedir (5). Bu durum nüks riskinin daha yüksek olduğuna ve daha yoğun terapötik müdahalelere ihtiyaç duyulduğuna işaret etmektedir (6). Epizotlar arası dönemde devam eden bozulmanın altta yatan nedenlerinin anlaşılması yaşam kalitesini arttırmaya yönelik müdahalelerin neler olduğunun anlaşılmasında önem arz etmektedir (7). Epizotlar arası duygu

düzenlemede güçlüklerin varlığının hastalık belirtilerinin bu dönemlerde de devam etmesine neden olan mekanizmalardan biri olduğu ve işlevselliği olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (8,9).

Bu çalışmanın birincil amacı BP-I tanısı olan ötimik dönemdeki erişkin hastalarda duygu düzenleme güçlüklerinin varlığının ve şiddetinin değerlendirilmesidir. Çalışmamızın ikincil amacı BP-I tanısı almış olan erişkinlerde duygu düzenleme güçlüklerinin işlevsellik üzerine etkisi olup olmadığının belirlenmesidir. Çalışmamızın birinci hipotezi: "Hastalarda Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) ölçek puanlarının sağlıklı kontrol grubundakilere göre daha yüksektir." (H1). İkinci hipotezi: "Duygu düzenlemede güçlükler BP-I'in ötimik döneminde işlevsellik düzeyini olumsuz yönde etkiler." (H2) şeklindedir.

YÖNTEM

Çalışma Örnekleme

Araştırmaya yönelik Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikiyatri polikliniğine Temmuz 2017- Ekim 2017 tarihleri arasında başvuran, DSM-IV tanı ölçütlerine göre BP-I tanısı alan ötimik durumdaki (son iki ay içerisinde manik, depresif, hipomanik ya da karma dönem geçirmemiş) 18-65 yaş arası 58 hasta ile görüşme yapılmıştır. Eksen I Bozuklukları için DSM-IV ile uyumlu Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders; SCID-I) ile yapılan değerlendirme sonunda, Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ) ile 36 üzeri puan alan üç hasta, demans tanı ölçütlerini karşılayan bir hasta, Hamilton Anksiyete Ölçeğinde elde ettiği skor 15 ve üzeri üzerinde olan 15 hasta ve DSM-IV ölçütlerine göre Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) tanısı alan üç hasta çalışmadan dışlanmış, araştırmaya 36 hasta dahil edilmiştir. Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı takip eden klinisyenin kanaati doğrultusunda DSM-IV-TR'de tanımlanan tanı ölçütlerinden en az beşini gösteren hastalara konulmuştur (10). Kontrol grubu geçmişte herhangi bir psikiyatrik tanı almamış, psikotrop ilaç kullanmamış, psikiyatrik yakınması olmayan ve olgu grubu ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu açısından eşleşen bireylerden oluşturulmuştur. Polikliniğe asılan afişlerle yapılan duyuruya yanıt veren bireylerle psikiyatri uzmanlık öğrencisi hekim tarafından görüşme yapılmış ve SCID-I

yapılandırılmış görüşmesinde herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısını karşılamayan, 18 yaşından büyük ve 65 yaşından küçük, ciddi bir tıbbi hastalığı olmayan, çalışmaya katılmaya yazılı onam veren ve eğitim düzeyi bakımından en az okur yazar olan 40 kişi çalışmanın kontrol grubuna dâhil edilmiştir. Çalışmadan dışlama ölçütleri; (i) çalışmaya katılmak istememe, (ii) çalışma izlem şemasının gereklerini yerine getirmeme ve çalışma programını aksatma, (iii) yaşam boyu zekâ geriliği, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar ve borderline kişilik bozukluğu tanılarının olması, (iv) WUDÖ skoru 36 üzeri olma (11), (v) bilişsel bozukluklar (deliryum, demans vb.), (vi) son altı ay içinde alkol ve madde kullanım bozuklukları tanısı almış olma, (vii) genel tıbbi durumda bozulmaya yol açan herhangi bir hastalık tanısı almış olma (solunum yetmezliği, maligniteler, sistemik enfeksiyonlar, dekompanse kalp yetmezliği, karaciğer ve böbrek yetmezliği, sıvı-elektrolit dengesizliği vb.), (viii) Parkinson ve epilepsi tanılarının olması, inme öyküsü veya kafa travması geçirmiş olma Dışlanma ölçütü olarak belirlenen durumların tespitinde hastaların özgeçmiş sorgulaması yanında tıbbi kayıtları dikkate alınmıştır. Çalışmamız 04.07.2017 tarihinde Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından A-11 karar numarasıyla etik açıdan uygun bulunmuştur.

Gereçler

Sosyodemografik ve klinik veri formu: Bu form ilgili literatür ışığında araştırmacılar tarafından hazırlanan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışabilirlik durumu, yalnız yaşayıp yaşamadığı, hane geliri, tıbbi eş tanı, sigara ve alkol kullanımı, cinsel- fiziksel travma varlığı ve genel klinik ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Görüşmeci tarafından doldurulmuştur.

DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, (SCID-I): First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (12). DSM-IV Eksen I ruhsal bozuklukları için yapılandırılmış bir klinik görüşmedir. SCID-I tanısız değerlendirme için uygun bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanı güvenilirliğinin artırılmasını, DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanılarının geçerliğinin artırılmasını, belirtilerin sistematik olarak araştırılmasını sağlar. 1999 yılında Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından Türkçe formun güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılmıştır

(9).

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) (Hamilton Depression Rating Scale): Son bir hafta içerisindeki depresyon belirtilerini sorgulayan 17 maddeden oluşur. Görüşmeci tarafından doldurulur, puanlandırma ve değerlendirme görüşmeci tarafından yapılır. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, bedensel ve cinsel belirtiler, zayıflama ve iç görüyle ilgili maddeleri "0-2", diğer maddeleri "0-4" arasında derecelendirilmiştir. Alınabilecek en düşük puan '0', en yüksek puan '53'tür. Ölçeğin İngilizce formu ile yapılan çalışmada "0-7" puan depresyonun olmadığını, "8-15" puan arası hafif derecede depresyonu, "16-28" arası orta derecede depresyonu, "29" ve üzeri ağır derecede depresyonu gösterir (13). Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması 1996 yılında Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (8). Çalışmada Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,75 olarak hesaplanmıştır. Dört psikiyatristin bağımsız derecelendirmelerine dayanan derecelendiriciler arası güvenilirlik katsayılarının 0,87 ile 0,98 değerleri arasında bulunduğu ifade edilmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır.

Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) (Hamilton Anxiety Rating Scale): Görüşmeci tarafından doldurulan bu ölçek son 72 saat içindeki anksiyete düzeyini değerlendirmek üzere kullanılır. "0-4" arasında puanlanan toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Alınabilecek puan "0-56" arasında değişir. Beş maddesi psikolojik ve dokuz maddesi bedensel olmak üzere iki alt ölçekten oluşur. Puanlandırma ve değerlendirme görüşmeci tarafından yapılır. Ölçeğin İngilizce formu ile yapılan çalışma sonuçlarına göre, her bir soru için 0-4 arası bir puan verilir (0: yok, 1: hafif, 2: orta, 3: şiddetli, 4: çok şiddetli) Tüm maddelerin puanları toplanarak toplam puan hesaplanır. 0-5 puan anksiyetenin olmadığını, 6-14 puan minör (hafif-orta düzeyde anksiyeteyi), 15 puan ve üstü ağır düzeyde anksiyeteyi göstermektedir (14). Yazıcı ve arkadaşları tarafından Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır (15). Türkiye'de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ): Görüşmeci tarafından doldurulan, Young ve arkadaşları (16) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Karadağ

ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (17). Çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0,79 bulunduğu ifade edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık gösteren ölçek maddelerinin toplam puana göre korelasyonları 0,407-0,847 arasında bulunmuştur.

Wender Utah Derecelendirme Ölçeği- 25 maddeli (Wender Utah Rating Scale-25: WURS-25) (WUDÖ-25): WUDÖ, erişkinlerde DEHB tanısının konabilmesi için geliştirilen Utah ölçütleri temel alınarak Ward ve arkadaşları tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir (18). Çocukluktaki DEHB belirtilerini geriye dönük olarak sorgulayarak erişkinlerde DEHB tanısının konmasına yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Öncü ve arkadaşları tarafından 2005 yılında WUDÖ'nün 25 maddelik kısa formunun Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır. Ölçek kapsamlı psikiyatrik ve nöropsikolojik değerlendirme sonrası DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı almış olan 59 hastaya uygulanmıştır. Kesme noktası olarak 36 ve üzeri alındığında; duyarlılık %82,5, özgüllük ise %90,8 olarak saptanmıştır.(19) "İrritabilite", "Depresyon", "Okul Sorunları", "Davranış Sorunları/Dürtüsellik" ve "Dikkat Eksikliği" olarak adlandırılan beş faktör elde edilmiştir (19).

Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) (Functional Assessment Short Test; FAST): Ölçek Rosa ve ark. tarafından geliştirilmiş (20). Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik çalışması Aydemir ve Uykur tarafından 2012 yılında yapılmıştır (21). Çalışmada güvenilirlik çözümlenmelerinde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,960, test-yeniden test güvenilirlik katsayısı 0,945 bulunmuştur. Dörtlü Likert tipi değerlendirme sağlayan, 24 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir ve altı boyuttan oluşmaktadır: Özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri. Yüksek puanlar işlevsellikte bozulmayı gösterir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Aydemir ve Uykur tarafından 2012 yılında yapılmıştır (21). Çalışmada güvenilirlik çözümlenmelerinde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,960, test-yeniden test güvenilirlik katsayısı 0,945 bulunmuştur.

Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) (Difficulties in Emotion Regulation Scale: DERS): Otuz altı maddeli bir öz-bildirim ölçeği olan DDGÖ, duygu düzenlemeyle ilgili güncel ve klinik

açından anlamlı güçlükleri değerlendirir. Katılımcılardan Likert tipi ölçek (1=hemen hiçbir zaman, 5=hemen her zaman) kullanılarak kendilerine sunulan ifadenin sıklığını değerlendirmeleri istenmektedir. Altı alt ölçekten oluşmaktadır: Kabullenememe (ör. "Üzgün olduğumda bu şekilde hissettiğim için kendimden utanırım"), Hedefler (ör. "Üzgün olduğumda işlerimi bitirmekte zorlanırım"), Dürtü (ör. "Üzgün olduğumda davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim"), Farkındalık (ör. "Üzgün olduğumda gerçekten ne hissettiğimi düşünmek için zaman yaratırım"), Stratejiler (ör. "Üzgün olduğumda kendimi iyi hissetmek için hiçbir şey yapamayacağımı düşünürüm") ve Açıklık (ör. "Ne hissettiğimle ilgili kafam karışık"). Ölçekle ilgili yüksek güvenilirlik ve kabul edilebilir yapı ile ön görücü geçerlik değerleri bulunmaktadır. DDGÖ toplam puanının iç tutarlılığı 0,94 olarak bulunmuştur. Ölçeğin yetişkinler için Türkçe güvenilirlik ve geçerlik değerlendirmeleri 2010 yılında Rugancı ve Gençöz tarafından yapılmıştır (22). Bu değerlendirmede DDGÖ'nün Türkçe formunda onuncu maddenin çıkarılması önerilmiştir (23,24).

Çalışmanın aşamaları

Çalışma kapsamına alınan hastalara ve kontrol grubuna yapılan ön değerlendirme sonrasında Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) uygulandı. HAM-D'den 7 veya daha az, YMDÖ'den 5 veya daha az alan olgular optimik durumda kabul edilerek çalışmaya dahil edildi. Sosyodemografik Veri Formu uygulandı. Hastaların anksiyete düzeyini belirlemek için Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), işlevselliğin değerlendirilmesi için Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) uygulandı, doğası gereği sık eşlik edebileceği düşünülen hafif-orta anksiyetesi (HAM-A puanı <15) bulunan hastalar çalışmaya alındı (15,25). Hasta ve kontrol grubuna öz bildirim dayalı Duygudurum Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ), Wender-Utah Derecelendirme (WUDÖ) ölçekleri verildi (11).

İstatistiksel İncelemeler

Çalışmadan elde edilen verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler sürekli (sayısal) değişkenler için dağılıma bağlı olarak ortalama \pm standart sapma veya ortanca minimum ve maksimum olarak

Tablo 1. Örneklem sosyodemografik özellikleri.

	BP-I Grubu (n=36)	Kontrol Grubu (n=40)	Test İstatistiği	P
Yaş (yıl)	38,3 ± 10,6	35,5 ± 10,1	1,191	0,237**
Cinsiyet				
Kadın	13 (36,1)	21 (52,5)	2,058	0,151*
Erkek	23 (63,9)	19 (47,5)		
Medeni hal				
Bekar	13 (36,1)	12 (30,0)	5,568	0,062*
Evlü	19 (52,8)	28 (70,0)		
Boşanmış	4 (11,1)	0 (0,0)		
Birlikte yaşam				
Yalnız	1 (2,8)	1 (2,5)	0,006	0,999*
Aileyle	35 (97,2)	39 (97,5)		
Eğitim düzeyi				
Okuryazar	7 (19,4)	3 (7,5)	5,435	0,240*
İlköğretim	3 (8,3)	8 (20,0)		
Lise	15 (41,7)	13 (32,5)		
Üniversite	11 (30,6)	15 (37,5)		
Yüksek lisans	0 (0,0)	1 (2,5)		
Eğitim süresi (yıl)	11,0 [5,0 – 17,0]	-		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	24 (66,7)	28 (70,0)	4,305	0,213*
Çalışmıyor	10 (27,8)	7 (17,5)		
Emekli	1 (2,8)	5 (12,5)		
Öğrenci	1 (2,8)	0 (0,0)		
Hane gelir düzeyi (TL)	3500,0 [700,0 – 10000,0]	3750,0 [1600,0 – 10000,0]	592,50	0,182***
Eşlik eden hastalık, var	10 (27,8)	3 (7,5)	5,495	0,041*
Hipertansiyon, var	2 (5,6)	1 (2,5)	0,167	0,601*
Diabetes mellitus, var	2 (5,6)	2 (5,0)	0,012	0,999*
Hipertansiyon, var	2 (5,6)	0 (0,0)	2,382	0,221*
Astım, var	1 (2,8)	0 (0,0)	1,126	0,471*
Diyet, var	4 (11,1)	1 (2,5)	2,286	0,184*
Şişiri kullanımı, var	22 (61,1)	18 (45,0)	1,973	0,210*
Alkol kullanımı, var	5 (13,9)	6 (15,0)	0,019	0,999*
Cinsel travma öyküsü, var	4 (11,1)	0 (0,0)	4,691	0,046*
Fiziksel travma öyküsü, var	3 (8,3)	0 (0,0)		

BP-I: Bipolar bozukluk tip-I

Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için dağılıma bağlı olarak ortalama ± standart sapma veya ortanca.

[minimum – maksimum]; kategorik değişkenler için sayı (%) şeklinde verildi.

* Pearson Chi-Square, Fisher's Exact veya Fisher Freeman Halton testi.

** Bağımsız Örneklem t-testi.

*** Mann-Whitney U testi

tablo halinde verildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak özetlendi. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov ve Anderson-Darling testleri ile kontrol edildi.

Bağımsız iki grup karşılaştırmalarında; sayısal değişkenlerin normal dağılım gösterdiği durumlarda Bağımsız Örneklem T-Testi, sayısal değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda ise Mann Whitney U testi kullanıldı.

Gruplara göre kategorik değişkenler arasındaki farklılık karşılaştırmalarında beklenen gözelerin 5 ve üzerinde olan 2x2 tablolarda Pearson Ki-Kare, beklenen gözelerin 5'in altında olduğu tablolarda ise Fisher's Exact Testi kullanılırken, beklenen gözelerin 5'in altında olduğu RxC tablolarda ise Fisher Freeman Halton testi kullanıldı.

Ölçek puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı. Elde edilen rho korelasyon katsayılarına göre, korelasyon sayılarının derecelendirilmesinde takip eden eşleştirme dikkate alındı: çok zayıf ya da ilişkisiz (0,00-0,249), zayıf-orta (0,25-0,499), orta (0,50-0,699), iyi (0,70-0,899), çok iyi (0,90-1,0) (25).

İstatistiksel analizler "Jamovi project (2022), Jamovi (Version 2.2.5.0) [Computer Software] (<https://www.jamovi.org>'dan alınmıştır.) ve JASP (Version 0.16.1) (<https://jasp-stats.org>'dan alınmıştır.) programları ile yapıldı ve istatistik analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 (p değeri) olarak dikkate alındı.

BULGULAR

Sosyodemografik Veriler ve Klinik Özellikler

Çalışmamıza Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında BP-I tanısı konmuş 36 hasta (BP-I grubu) ve kontrol grubu olarak da herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan 40 kişi (Kontrol grubu) dahil edildi. Hasta ve sağlıklı kontrollere ait sosyodemografik veriler Tablo 1' de verilmiştir.

İki grup arasında yaş (p=0,237), cinsiyet

Tablo 2. Hastaların genel klinik özellikleri

	BP-I Grubu (n=36)
Hastane yatış sayısı	2,0 [0,0 – 12,0]
Epizot şiddeti	
Orta	14 (38,9)
Şiddetli	22 (61,1)
Mani (Toplam epizot sayısı)	3,0 [0,0 – 10,0]
Hipomani	0,0 [0,0 – 8,0]
Depresyon	0,0 [0,0 – 10,0]
Kama	0,0 [0,0 – 7,0]
Post-partum özellik varlığı, var	4 (11,1)
Psikotik semptom varlığı, var	11 (52,4)
Duygu durumla uyumlu	10 (47,6)
Duygu durumla uyumsuz	2 (5,6)
Katatolik özellik varlığı, var	15 (41,7)
Melankolik özellik varlığı, var	7 (19,4)
Atipik depresyon varlığı, var	2 (5,6)
Hızlı döngülülük varlığı, var	4 (11,1)
Antidepresan ile kayma, var	23 (63,9)
Yaşam olayı varlığı, var	30 (83,3)
Epizotlararası tam düzelmeye varlığı, var	2 (5,6)
Konik gidiş varlığı, var	11 (30,6)
Özkiyim girişimi	11 (52,4)
Özkiyim girişimi sayısı	1,0 [1,0 – 3,0]
1 kez	10 (90,9)
2 kez	1 (9,1)

BP-I: Bipolar bozukluk tip-I

Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için dağılıma bağlı olarak ortanca [minimum – maksimum]; kategorik değişkenler için sayı (%) şeklinde verildi.

Tablo 3. BP-I ve kontrol gruplarının ölçek skorları açısından karşılaştırılması

	BP-I Grubu (n=56)	Kontrol Grubu (n=40)	Test İstatistiği	P
Duygu Dúzenlemede Güçlúkler Ölçeği (Toplam)	12,0 [6,0 - 28,0]	10,5 [5,0 - 28,0]	643,00	0,422*
Kabullenememe	13,1 ± 4,5	12,9 ± 3,9	0,165	0,870**
Hedefler	12,5 [6,0 - 26,0]	11,0 [6,0 - 5,0]	653,50	0,488*
Dúrtü	14,5 [6,0 - 36,0]	13,0 [7,0 - 30,0]	602,50	0,220*
Farkındalık	19,5 ± 8,1	16,7 ± 6,1	1,702	0,098**
Stratejiler	10,9 ± 3,7	10,6 ± 2,9	0,417	0,682**
Açıklık	86,7 ± 24,5	81,0 ± 19,4	1,143	0,263**
Wender Utah Derecelendirme Ölçeği	15,5 [0,0 - 35,0]	12,0 [0,0 - 34,0]	612,00	0,261
Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği	6,5 [0,0 - 13,0]	6,5 [0,0 - 13,0]	691,50	0,766*
Anksiyete negatif (Puan 0-5)	15 (41,7)	18 (45,0)	0,086	0,770***
Minör anksiyete (Puan 6-14)	21 (58,3)	22 (55,0)		
Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği	2,0 [0,0 - 12,0]	1,0 [0,0 - 9,0]	665,50	0,558*
Özerklik	4,0 [0,0 - 15,0]	1,0 [0,0 - 13,0]	682,50	0,010*
Mesleki işlevsellik	4,0 [0,0 - 15,0]	2,0 [0,0 - 9,0]	582,00	0,146*
Bilişsel işlevsellik	1,0 [0,0 - 6,0]	0,0 [0,0 - 4,0]	550,00	0,048*
Mali konular	3,0 [0,0 - 15,0]	1,0 [0,0 - 13,0]	448,00	0,004*
Kışlar arası ilişkiler	2,0 [0,0 - 6,0]	1,5 [0,0 - 6,0]	573,00	0,117*
Boş zaman etkinlikleri	18,0 [0,0 - 63,0]	7,5 [0,0 - 37,0]	461,00	0,007*
Young Mani Derecelendirme Ölçeği	0,0 [0,0 - 7,0]	0,0 [0,0 - 3,0]	658,50	0,414*
Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	0,5 [0,0 - 7,0]	0,0 [0,0 - 6,0]	636,00	0,449*

BP-I: Bipolar bozukluk tipi-I

Tanımlayıcı istatistikler sayısal değerkenler için dağılıma bağlı olarak ortalama ± standart sapma veya ortanca.

[minimum - maksimum]; kategorik değerkenler için sayı (%) şeklinde verilmiştir.

* Mann-Whitney U testi.

** Bağımsız örneklem t-testi.

*** Pearson Chi-Square testi.

(p=0,151), medeni hal (p= 0,062), eğitim düzeyi ve süresi (p=0,240), birlikte yaşam varlığı (p=0,999), çalışma durumu (p=0,213), hane geliri (p=0,182), sigara (p=0,240) ve alkol (p=0,999) kullanımının olup olmadığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Herhangi bir ek hastalık olma durumu anlamlı olarak BP-I grubunda daha yüksekti (p=0,041). Cinsel travma hikayesi BP-I grubunda dört hastada saptandı. Kontrol grubunda cinsel travma öz geçmişı olan hasta yoktu (p=0,046).

Hastalara ilişkin klinik özellikler Tablo 2'de sunulmuştur.

BP-I ve Kontrol Gruplarının DDGÖ, Wender Utah, Hamilton Anksiyete ve Kısa İşlevsellik Derecelendirme Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

BP- I ve kontrol grupları DDGÖ açısından karşılaştırıldığında, DDGÖ ölçeği toplam ve alt ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar tespit edilememiştir. DDGÖ Toplam (p=0,422), Kabullenememe (p=0,870) Hedefler (p=0,488), Dúrtü (p=0,220), Farkındalık (p=0,098), Stratejiler (p=0,682), Açıklık (p=0,263) (Tablo 3).

Gruplar arasında Wender Utah Derecelendirme Ölçeği toplam puanı açısından anlamlı bir farklılık yoktu (p=0,261). Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği puanı ve anksiyetenin derecesi ile ilgili gruplandırma açısından BP-I ve kontrol grupları benzerdi (p=0,766 ve p=0,770). Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği toplam puanı her iki grupta benzerdi (p=0,558). Alt ölçek puanları açısından BP-I grubunda özerklik (p=0,010), bilişsel işlevsellik (p=0,048), mali konu-

lar (p=0,004) ve boş zaman etkinlikleri (p=0,007) ortalanca puanları kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti.

BP-I grubunda KİDÖ puanlarının DDGÖ puanları ile korelasyonları

Bipolar Bozukluk I grubunda KİDÖ puanlarının DDGÖ puanları ile korelasyonları Tablo 4'te sunuldu.

BP-I grubunda: KİDÖ toplam puanı ile DDGÖ stratejiler alt ölçeği arasında anlamlı bir pozitif korelasyon vardı (r=0,338, p=0,044). Özerklik alt ölçeği ile DDGÖ ölçeğinin hiçbir alt ölçeği arasında korelasyon saptanmadı. KİDÖ Mesleki işlevsellik alt ölçeği ile DDGÖ ölçeğinin kabullenememe alt ölçeği arasında anlamlı bir pozitif korelasyon saptandı (r=0,334, p=0,046). Korelasyon derecesi zayıf-orta olarak değerlendirildi. KİDÖ Bilişsel İşlevsellik alt ölçek puanı ile DDGÖ hedefler (r=0,436, p=0,008), stratejiler (r=0,361, p=0,031) ve açıklık alt ölçek puanları (r=0,337, p=0,044) arasında zayıf-orta pozitif korelasyonlar tespit edildi. Mali konular ile farkındalık (r=0,341, p= 0,042), boş zaman etkinlikleri ile hedefler (r=0,364, p=0,029) ve farkındalık (r=0,361, p=0,031) arasında da zayıf-orta pozitif korelasyonlar tespit edildi. Diğer korelasyonlar açısından anlamlı bir ilişki gösterilemedi. (Tablo 4).

TARTIŞMA

Olgu ve kontrol grupları arasında yaş, eğitim yılı ve cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel farkın olmaması olguların karşılaştırılabilir olduğunu desteklemektedir. Özellikle son yıllarda BP'de işlevsellik kaybının bir istisna olmadığı ve hem atak

Tablo 4. BP-I grubunda KİDÖ puanlarının DDGÖ puanları ile korelasyonları

	KİDÖ Toplam		Özerklik		Mesleki işlevsellik		Bilişsel işlevsellik		Mali konular		Kişiler arası ilişkiler		Boş zaman etkinlikleri	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
DDGÖ Toplam	0.041	0.811	0.321	0.057	0.073	0.673	-0.256	0.131	0.328	0.050	0.075	0.662	0.326	0.053
Kabullenememe	0.152	0.375	0.279	0.100	0.334	0.046	0.121	0.482	0.112	0.517	0.002	0.989	0.252	0.139
Hedefler	0.120	0.485	0.216	0.205	0.298	0.077	0.436	0.008	0.266	0.117	0.069	0.687	0.364	0.029
Dürtü	0.049	0.778	-0.070	0.686	-0.078	0.649	-0.054	0.755	-0.198	0.247	-0.268	0.114	-0.089	0.604
Farkındalık	0.207	0.225	0.252	0.139	0.281	0.097	0.294	0.082	0.341	0.042	0.087	0.613	0.361	0.031
Stratejiler	0.338	0.044	0.183	0.285	0.270	0.111	0.361	0.031	0.128	0.456	-0.010	0.955	0.257	0.130
Açıklık	0.107	0.535	0.219	0.200	0.288	0.089	0.337	0.044	0.255	0.169	-0.006	0.974	0.313	0.063

BP-I: Bipolar bozukluk tip-I

KİDÖ: İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

r: Spearman rho korelasyon katsayısı

dönemlerinde hem de ötimik dönemlerde yoğun işlevsellik kaybı olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmalar, klinik değişkenler ve sosyodemografik veriler üzerine yoğunlaşmaktadır (26, 27). Ancak BP'nin çekirdek özelliklerinden biri olarak gösterilen duyu düzenlemede güçlükler üzerine yeterli çalışma bulunmamaktadır (28).

Çalışmamızda ötimik dönemdeki BP-I tanılı hasta grubu ile kontrol grubu arasında KİDÖ ölçeğine ait özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konular ve boş zaman etkinlikleri puanları açısından anlamlı bir farklılık tespit ettik. Beklendiği gibi hasta grubundaki işlevsellik puanları kontrol grubundan daha düşüktü ve bu sonuç literatür ile uyumlu (29).

Duygu Düzenlemede Güçlükler ve İşlevsellik İlişkisi

Çalışmamızın hipotezlerinden biri duyu düzenlemede güçlüklerin BP-I'in ötimik döneminde de işlevsellik düzeyini olumsuz yönde etkileyeceğiydi

Çalışmamızda Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği puanları ile Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bu ilişkiler mesleki işlevsellik ile kabulleneme ve bilişsel işlevsellik ile hedefler, stratejiler ve açıklık, mali konular farkındalık ve boş zaman etkinlikleri ile hedefler ve farkındalık alt ölçek puanları arasında idi. Korelasyon dereceleri zayıf-orta olarak değerlendirildi.

Büyük bir araştırma hacmine sahip bir derlemede yazarlarca bildirildiği şekliyle: "BP'deki spesifik duyu düzenleme stratejileri araştırılmıştır. Ruminasyon ve yatıştırma gibi uyumsuz stratejilerin, kontrollere kıyasla BP'de yüksek olduğu ve bu özel stratejilerin duygudurum semptomları üzerinde zararlı bir etkisinin olduğu bildirilmiştir. BP'nin, unipolar depresyona benzer bir duyu düzenleme stratejisi profiline sahip olduğu ancak diğer klinik gruplarla sınırlı karşılaştırma olduğu ifade edilmiştir. Kontroller ve deneysel çalışmalarla

yapılan karşılaştırmaların gösterdiği gibi, BP'li kişilerde genellikle uyarlanabilir stratejileri kullanmada eksikliklerin olmadığı belirtilmiştir" (30).

Literatürde BP'de duyu düzenlemede güçlükler ve işlevsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen bir başka çalışmada epizotlar arası duyu düzenleme güçlüklerinin hastalık belirtilerinin bu dönemlerde de devam etmesine neden olan mekanizmalardan biri olduğu ve işlevselliği olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (8,9). Çalışmada duyu düzenleme güçlüğüne katılımcıların ev ve mesleki işlevselliğinde bozulmalara neden olduğu bildirilmiştir (7). Bizim çalışmamızda özerklik ile DDGÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bilişsel işlevsellik ile hedefler, stratejiler ve açıklık alt ölçek puanları arasında zayıf-orta bir korelasyon vardı. Mesleki işlevsellik ile duyu düzenlemede güçlükler alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki sadece mesleki işlevsellik ile kabullenememe alt ölçek puanları arasında saptandı. Bir diğer anlamlı ilişki mali konular ve boş zaman etkinlikleri ile hedefler ve farkındalık alt ölçek puanları arasında idi. Diğer alt ölçek puanları arasında bir ilişki saptanmamakla beraber farkın kullanılan ölçeklerin farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Bulgularımıza dayanılarak duyu düzenlemede güçlükler ile bazı işlevsellik alanlarındaki ilişkinin yapılacak yeni çalışmalar ile ortaya konması gerekliliği sonucuna varılabilir.

Duygu düzenleme eksikliklerine müdahale konusunda BP/BKB eş tanısı için formüle edilmiş sınırlı tedavi yolları vardır. Üzerinde durulması gereken durumların impulsivite ve hedefe yönelik davranışlar olması gerektiği belirtilmiştir (31). Tunus'ta yapılan bir çalışmada ötimik bipolar bozukluğu olan hastaların tatmin edici düzeyde adaptif duyu düzenleme stratejileri gösterdikleri ifade edilmiştir (32). Dahası, bu grupta, felaketleştirme ve ruminasyon gibi maladaptif bilişsel baş etme biçimlerine yönelik psikoterapiler önem taşımaktadır ve maladaptif bilişsel stratejilerin tedavisi özellikle değerli olacaktır. Örneğin

ruminasyon odaklı BDT veya kabul/kararlılık temelli terapiler maladaptif kontrol odaklı stratejileri önlemeyi, duygusal farkındalığın artırılması ile üzücü düşünce ve duyguların kabulünü vurgulamayı amaçlamaktadır (33,34). Diğer modaliteler zihinselleştirme temelli tedavi ya da Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT) olup, amigdala aktivitesindeki değişimin araştırıldığı BKB grubunda 12 aylık DDT sonrası amigdala aktivasyonunun azaldığı bildirilmektedir. Ayrıca alta yatan benzer ya da farklı nörobiyolojiye bağlı olarak BP için de etkili bir tedavi yöntemi olabileceği bildirilmiştir (24). Bu durumda, ikinci basamak tedavi adaptif stratejilerin kullanımını iyileştirmeyi de içerecek şekilde kalan duygu düzenleme stratejilerinin iyileştirilmesi olacaktır (23).

Duygu Düzenleme Güçlükleri Bipolar Bozukluğun Çekirdek Belirtilerinden Biri midir?

Çalışmamızda DDGÖ alt ölçek ortanca puanları BP grubunda sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Duygu düzensizliklerinin BP-I ile ilişkili olduğu tartışılmakta olan bir konudur. Bununla birlikte, deneysel olarak kontrol edilen duygu düzenleme çalışmaları arasında, özellikle varsayılan eksikliklerin beyin yapı ve işlevi ile korelasyonları üzerine yoğunlaşan çalışmaların sayısı yetersiz ve var olan çalışmaların sonuçları tutarsızdır. Bir fMRG çalışmasında, BP-I hastalarının, talimat verildiğinde duygularını aşağı regüle (down regulation) edebildikleri gösterilmiştir (35). BP-I bozukluğu olan ve sağlıklı bireylerin, etkili ve yaygın bir duygu düzenleme biçimi olan bilişsel yeniden değerlendirmeyi kullanma yeteneklerinde farklılık gösterip göstermediğini inceleyen bir başka çalışmada, yeniden değerlendirmenin hem sağlıklı yetişkinlerde hem de bipolar bozukluğu olan bireylerde hem olumsuz hem de olumlu duygular için etkili bir düzenleme stratejisi olabileceği bildirilmektedir (36). Ancak BP'de spesifik duygulanım boyutlarını değerlendiren az çalışma bulunmaktadır (37). Literatürde, kişilik testlerinin kullanıldığı çalışmalarda, BP hastalarının kontrollerden daha fazla emosyonel instabilite skoruna sahip oldukları gösterilmiştir (27). BP, BKB ve komorbid grupta DDGÖ alt ölçek skorlarını karşılaştıran bir çalışmada, komorbid grupta stratejiler alt ölçek puanının diğer gruplardan fazla çıktığı saptanmış.

Bu çalışmada kontrol grubunun olmaması bir sınırlılık olarak belirtilmektedir (26).

Öz bildirim ölçekleri kullanılarak yapılan bir başka çalışmada, BP tanılı bireylerin, ötimik durumda dahi kontrol grubundan daha fazla oranda emosyonel labilite ve emosyonel yoğunluk gösterdikleri ifade edilmiş ve bu iki özelliğin BP'nin ötimik döneminin çekirdek özelliklerinden olduğu ifade edilmiştir. Böylelikle, BP'nin duygudurum epizotları ile karakterize olmadığı, epizotlar arası dönemde karakteristik emosyonel özelliklerin varlığına dikkat çekilmiştir. Bu durum, soft afektif spektrum olarak ifade edilen subklinik bipolarite, siklotimi, ultra hızlı döngü hatta mizaç gibi klinik durumların afektif labilitenin birer ifade şekli olduğu görüşü için teorik bir altyapı sunmaktadır (28,38).

Elde edilen bu sonuçlar genel bir değerlendirmeye alındığında, bipolar bozukluğu olan kişilerde tespit edilen duygu düzenleme güçlüklerinin bir çekirdek belirti olup olmadığı belirsizlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda DDGÖ alt ölçek ortanca puanları BP grubunda sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın saptanmamış oluşu duygu düzenlemede güçlüklerin BP'nin çekirdek özelliklerinden biri olduğu görüşünü desteklememektedir (28). Bu ilişki tartışmalı bir konu olup, yapılacak geniş katımlı prospektif çalışmalarla aydınlatılmalıdır. Bununla birlikte katılımcı sayısının yetersiz oluşu farkın istatistiksel olarak anlamsız saptanmasında etkili olmuş olabilir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Doğası gereği bipolar bozukluk ile sık birliktelik gösteren hafif-orta şiddette anksiyete belirtileri olan bireylerin (HAM-A puanı <15) çalışmaya dahil edilmiş olmasının çalışmanın sonuçlarını etkilemiş olması muhtemeldir. Buna karşın yapılan alt grup analizlerinde, gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemesinin bu etkiyi ortadan kaldırmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamıza alınan bütün bireyler DSM-IV'e göre herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı almayan kişilerden seçilmiş olmakla birlikte, yapılandırılmış The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II) ya da Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) gibi nesnel ölçütlerin kullanılmaması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Öz bildirim dayalı ölçek puanlarının kişinin anlık duygu durumundan da etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir. Sonraki çalışmalar için anlık duygudurum değişikliklerinin kaydı ile birlikte fizyolojik uyarılma parametreleri değerlendirilebilir

SONUÇ

Çalışmamızın en önemli bulgularından biri KİDÖ alt ölçek puanları ile DDGÖ alt ölçek puanları arasında zayıf-orta derecede fakat anlamlı korelasyonların gösterilmiş olmasıdır. KİDÖ alt ölçeklerinden mesleki ve bilişsel işlevsellik alt ölçekleri ile DDGÖ alt ölçeklerinden kabulleneme, hedefler, stratejiler ve açıklık arasında zayıf-orta fakat anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bir diğer anlamlı ilişki mali konular ve boş zaman etkinlikleri ile hedefler ve farkındalık alt ölçek puanları arasında idi. Çalışmamız bu yönüyle duygu düzenlemede güçlüklerin BP-I'in ötimik döneminde de özellikle mesleki ve bilişsel işlevsellik düzeyini belirli alt ölçekler dahilinde olumsuz yönde etkilediğine dair literatürü desteklemektedir. Çalışmamızın bulgularından bir diğeri DDGÖ alt ölçek puanlarının BP grubunda sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı

saptanmamış oluşudur. Bu durum literatürdeki duygudurum düzenleme güçlüğü'nün BP'nin çekirdek belirtilerinden biri olduğu görüşünü desteklememektedir. Katılımcı sayısının yeterli olmayışı bu durumun ortaya çıkmasında etkili olmuş olabilir. Sonuç olarak, hastalık dönemleri sonrasında eski işlevsellik düzeylerine geri dönmeyen hastalarda tedavi planlanırken klinik iyileşme yanında psikososyal işlevsellik düzeylerinin de iyileştirilmesi hedeflenmeli; işlevsellik düzeyinde bozulma ile ilişkilendirilen ötimik dönemdeki duygu düzenleme güçlükleri de uygun tedavi yöntemleri kullanılarak iyileştirilmeye çalışılmalıdır.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Gözde Akbaba, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, İstanbul İstanbul - Türkiye, gozdeak@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Bobo W V. The Diagnosis and Management of Bipolar I and II Disorders: Clinical Practice Update. *Mayo Clin Proc.* 2017 Oct;92(10):1532–51.
2. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012 Dec;380(9859):2163–96.
3. Dickstein DP, Leibenluft E. Emotion regulation in children and adolescents: Boundaries between normalcy and bipolar disorder. *Dev Psychopathol.* 2006 Dec 25;18(04):1105–31.
4. Gross JJ, Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol Sci Pract.* 1995;2(2):151–64.
5. Altshuler LL, Post RM, Black DO, Keck PE Jr, Nolen WA, Frye MA, Suppes T, Grunze H, Kupka RW, Leverich GS, McElroy SL, Walden J, Mintz J. Subsyndromal depressive symptoms are associated with functional impairment in patients with bipolar disorder: results of a large, multisite study. *J Clin Psychiatry.* 2006 Oct;67(10):1551–60. doi: 10.4088/jcp.v67n1009. PMID: 17107246.
6. Montoya A, Tohen M, Vieta E, Casillas M, Chacón F, Polavieja P, Gilaberte I. Functioning and symptomatic outcomes in patients with bipolar I disorder in syndromal remission: a 1-year, prospective, observational cohort study. *J Affect Disord.* 2010 Dec;127(1-3):50–7. doi: 10.1016/j.jad.2010.04.026. Epub 2010 Jun 16. PMID: 20557947.
7. Gershon A, Eidelman P. Inter-episode affective intensity and instability: Predictors of depression and functional impairment in bipolar disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2015 Mar;46(1):14–8.
8. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar M, İşcan N, Ozbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDO)'nin geçerliliği-güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatr Psikol Psikofarmakol Derg.* 1996;4(4):251–9.
9. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu IV E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik versiyon. Ankara: Hekimler yayın birliği. 1999;
10. Türk E. Borderline Kişilik Bozukluğu. 2020;2020.
11. Aydın H, Diler RS, Yurdagül E, Uğuz Ş, Şeydaoğlu G. ADHD Rate in Parents of Children with ADHD. *J Clin Psy.* 2006;9(2):70–4.
12. First MB. User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II. *American Psychiatric Pub;* 1997.
13. Williams JBW. A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45(8):742–7.
14. Bruss GS, Gruenberg AM, Goldstein RD, Barber JP. Hamilton anxiety rating scale interview guide: Joint interview and test-retest methods for interrater reliability. *Psychiatry Res.* 1994;53(2):191–202.
15. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler

- arası gvenirlik ve geçerlik alışması. *Trk Psikiyatı Derg.* 1998;9(2):114–7.
16. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry.* 1978;133(11):429–35.
17. Karadağ F, Oral T, Yalın FA, Erten E. Young Mani Derecelendirme Oleğinin Trkiye’de Geerlik ve Gvenilirliği. *Trk Psikiyatı Derg.* 2002;13(2):107–14.
18. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah rating scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry.* 1993;150(6):885–90.
19. Onc B, Olmez S, Sentrk V. Validity and reliability of the Turkish version of the Wender Utah Rating Scale for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Trk Psikiyatı Derg.* 2005;16(4):252–9.
20. RRosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, Comes M, Colom F, Van Riel W, Ayuso-Mateos JL, Kapczinski F, Vieta E. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2007 Jun 7;3:5. doi: 10.1186/1745-0179-3-5. PMID: 17555558; PMCID: PMC1904447.
21. Aydemir Ö, Uykur B. Reliability and Validity Study of The Turkish Version of Functioning Assessment Short Test in Bipolar Disorder. *Trk Psikiyatı Derg.* 2012;23(3).
22. Ruganci RN, Genöz T. Psychometric properties of a Turkish Version of the difficulties in emotion regulation scale. *J Clin Psychol.* 2010;66(4):442–55.
23. Bayes A, Parker G, McClure G. Emotional dysregulation in those with bipolar disorder, borderline personality disorder and their comorbid expression. *J Affect Disord.* 2016;204:103–11.
24. Goodman M, Carpenter D, Tang CY, Goldstein KE, Avedon J, Fernandez N, et al. Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Res.* 2014 Oct;57:108–16.
25. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959 Mar;32(1):50–5.
26. Akiskal HS, Cassano GB, Mucetli L, Perugi G, Tundo A, Mignani V. Psychopathology, temperament, and past course in primary major depressions I. Review of evidence for a bipolar spectrum. *Psychopathology.* 1989;22(5):268–77.
27. Reimherr FW, Marchant BK, Strong RE, Hedges DW, Adler L, Spencer TJ, West SA, Soni P. Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biol Psychiatry.* 2005 Jul 15;58(2):125–31. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.04.040. PMID: 16038683.
28. Henry C, Van den Bulke D, Bellivier F, Roy I, Swendsen J, M’Baillara K, Siever LJ, Leboyer M. Affective lability and affect intensity as core dimensions of bipolar disorders during euthymic period. *Psychiatry Res.* 2008 May 30;159(1-2):1-6. doi: 10.1016/j.psychres.2005.11.016. Epub 2008 Mar 4. PMID: 18295902.
29. Calabrese JR, Hirschfeld RM, Reed M, Davies MA, Frye MA, Keck PE, Lewis L, McElroy SL, McNulty JP, Wagner KD. Impact of bipolar disorder on a U.S. community sample. *J Clin Psychiatry.* 2003 Apr;64(4):425-32. doi: 10.4088/jcp.v64n0412. PMID: 12716245.
30. Dodd A, Lockwood E, Mansell W, Palmier-Claus J. Emotion regulation strategies in bipolar disorder: A systematic and critical review. *J Affect Disord.* 2019;246:262–84.
31. Riemann G, Weisscher N, Goossens PJJ, Draijer N, Apenhorst-Hol M, Kupka RW. The addition of STEPPS in the treatment of patients with bipolar disorder and comorbid borderline personality features: A protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2014;14(1):172.
32. Messedi N, Mhiri E, Charfeddine F, Bouattour W, Aribi L, Aloulou J. Emotion regulation in euthymic bipolar patients in Tunisia. *Eur Psychiatry.* 2021;64(S1):S626–S626.
33. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2004;26(1):41–54.
34. Strejilevich SA, Martino DJ, Murru A, Teitelbaum J, Fassi G, Marengo E, Igoa A, Colom F. Mood instability and functional recovery in bipolar disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2013 Sep;128(3):194-202. doi: 10.1111/acps.12065. Epub 2013 Jan 20. PMID: 23331090.
35. Corbaln F, Beaulieu S, Armony JL. Emotion regulation in bipolar disorder type I: An fMRI study. *Psychol Med.* 2015;45(12):2521–31.
36. Gruber J, Hay AC, Gross JJ. Rethinking emotion: Cognitive reappraisal is an effective positive and negative emotion regulation strategy in bipolar disorder. *Emotion.* 2014;14(2):388–96.
37. Retz W, Stieglitz RD, Corbisiero S, Retz-Junginger P, Rsler M. Emotional dysregulation in adult ADHD: What is the empirical evidence? *Expert Rev Neurother.* 2012;12(10):1241–51.
38. Akiskal HS. The prevelant clinical spectrum of bipolars: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol.* 1996;16:4–15.