

Bipolar Bozukluk ve Özkiyim

Meliha Zengin Eroğlu¹,
Gonca Karakuş², Lut Tamam³

¹*Psikiyatrist, Osmaniye Devlet Hastanesi,
Osmaniye - Türkiye*

²*Yard. Doç. Dr., ³Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Ruh ve Sinir Hastalıkları Anabilim Dalı,
Adana - Türkiye*



ÖZET

Bipolar bozukluk ve özkiyim

Amaç: Bipolar bozukluk hastalarında özkiyim girişimiyle ilgili risk faktörleri halen tam olarak bilinmemektedir. Çalışmamız, bu hastalarda özkiyim girişiminin sıklığı, özkiyim şekilleri ve özkiyimle ilişkili klinik özellikleri değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Birimi'ne ayaktan başvuran 122 hasta çalışmaya alınmıştır. Duygudurum Bozukluğu Hasta Kayıt ve İzleme Formu ve DSM-IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I) kullanılmıştır. Ölçekler, hastalarla ve hasta yakınlarıyla yapılan görüşmeler ve takip dosyaları ışığında doldurulmuştur.

Bulgular: Ayaktan izlenen bipolar bozukluk hastalarında özkiyim girişimi sıklığı %19.7 olarak saptanmıştır. Çalışmamız, özkiyim girişimiyle kadın cinsiyet, hastalığın ciddiyetini gösteren hastalık süresi, tedavisiz hastalık süresi (latans), hastaneye yatış sayısı, geçirilmiş toplam dönem sayısı, depresif dönem sayısı, karma dönem sayısı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olması gibi klinik özellikler arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Sonuç: Çalışmamız, bipolar bozukluk hastalarında özkiyim girişimi sıklığının yüksek olduğunu göstermiştir. Tedavisiz hastalık süresinin azaltılması, duygudurum dönemlerinin önlenmesi, depresif ve karma dönemler sırasında özkiyim riskinin değerlendirilmesi tedavinin ana hedeflerinin başında gelmelidir. Özkiyimle ilgili uyarıcı belirtilerin saptanması bipolar bozukluk hastaları arasında riskli grubun ayırt edilmesine ve özkiyimin önlenmesine yardımcı olabilir.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, özkiyim, klinik özellik

ABSTRACT

Bipolar disorder and suicide

Objective: The risk factors associated with suicidal behaviour in bipolar patients still are not clear. We aimed to evaluate the frequency of suicide attempt, type of suicide attempt and significant clinical characteristics associated with suicide attempts.

Methods: One hundred twenty two consecutive patients, from Bipolar Disorder Unit of Çukurova University, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, are included in this study. "Affective Disorders Patient Registry Form" was developed by Bipolar Disorder Unit and SCID-I were used in this study to collect the data. These forms are filled in through interviews with patients and their relatives, and evaluation of inpatient files.

Results: The prevalence of suicide attempt was 19.7% in the outpatient group. Lifetime history of suicidal behavior was significantly associated with following characteristics: being a woman, depression as a first episode and indicators of severity of bipolar disorder including duration of illness, duration of untreated illness (latency), number of hospitalization, number of total mood episodes, number of depressive episodes, number of mixed episodes, positive familial psychiatric disorder history.

Conclusion: Our study showed that patients with bipolar disorder have a high rate of suicide attempt. Reduction of the duration of untreated illness, prevention of mood episodes, assessment of suicide risk during depressive and mixed episodes should be the main targets of the treatment. Detection of warning signs about suicide among patients with bipolar disorder may help to distinguish the risky group and prevent suicide.

Key words: Bipolar disorder, suicide, clinical feature

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Psikiyatrist Meliha Zengin Eroğlu,
Osmaniye Devlet Hastanesi, Toprakkale Yolu,
Osmaniye - Türkiye

Telefon / Phone: +90-328-826-1200/2723

Elektronik posta adresi / E-mail address:
melihazengin@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
13 Mayıs 2012 / May 13, 2012

Kabul tarihi / Date of acceptance:
20 Temmuz 2012 / July 20, 2012

GİRİŞ

Bipolar bozukluk, toplumun yaklaşık %1-2'sini etkileyen, mani ve depresyon atakları ile seyreden önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu duygudurum

bozukluğunun seyrinde, hastalığın erken döneminden itibaren özkiyim düşünceleri ve girişimleri mortalite ve morbiditeyi artırmaktadır. Bipolar bozukluk hastalarında özkiyim girişimi sayısı ve tamamlanmış özkiyim oranı, genel popülasyonla karşılaştırıldığında belirgin

derecede yüksektir (1,2). Daha önce yapılan çalışmalar, bipolar bozukluk hastalarında özkıyım düşüncesinin prevalansının oldukça yüksek olduğunu göstermiştir (%14-59) (3-8). Daha da önemlisi, bipolar bozukluk hastalarının %25-56'sının yaşamlarında en az bir kez özkıyım girişiminde bulunduğu ve %10-19'nun özkıyım nedeniyle öldüğü saptanmıştır (9).

Bipolar bozuklukta özkıyım girişiminin ortaya çıkışı son derece karmaşık bir süreçtir. Olaya daha çok biyolojik açıdan yaklaşıldığında, beyindeki bazı lezyonların özkıyım davranışıyla ilişkili olabileceği kanısına varılmıştır. Görüntüleme yöntemi olarak manyetik rezonans kullanılarak yapılmış bir çalışma, özkıyım girişiminde bulunan bipolar bozukluk hastalarının beyin görüntülerinde, bipolar bozukluğu olmayanların beyin görüntüleriyle karşılaştırıldığında, daha yüksek oranda (5.4 kat) periventriküler hiperintensitelere rastlandığını göstermiştir (10). Yapılan çalışmalar, özkıyım girişiminde bulunan hastaların seratonerjik sistemleriyle ilgili bazı değişikliklerin olduğuna dikkat çekmektedir. Bu hasta grubunun beyin omurilik sıvısında serotonin yıkım ürünü olan 5-hidroksi-indol asetik asit (5-HİAA) düzeyinin düştüğü ve trombosit 5-HT_{2A} reseptör düzeyinin yükseldiği gözlenmiştir (10). 5-HİAA düzeyindeki düşüklüğün saldırgan özkıyım girişi (kendini asma, ateşli silah, yüksekten atlama) ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir. Özkıyım kurbanlarında, seratonerjik sistemdekine benzer şekilde, noradrenerjik sistemde de bir regülasyon bozukluğu söz konusudur. Yapılan çalışmalar, frontal kortekste β -adrenerjik reseptör bağlanmasında önemli artış, lokus seruleusta norepinefrin nöron sayısında azalma ve alfa 2 reseptör sayısında artış olduğunu göstermiştir. Dopaminerjik sistem ile özkıyım davranışı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma, özkıyım eğilimi olan depresif hastalarda homovanilik asit (HVA) ve dihidroksi fenil asetik asit (DOPAC) düzeylerinin düşük olduğunu göstermiştir (11).

Hastalığın klinik seyrine ek olarak, umutsuzluk, dürtüsellik, hostilite ve agresyon bu karmaşık süreç üzerine etkilidir. Özellikle önceki özkıyım ile ilgili davranışların gelecekteki özkıyım girişimiyle ilişkili olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur (12). Tamamlanmış özkıyım oranı daha önce özkıyım girişiminde bulunan hastalarda %15, bulunmayanlarda %5 civarındadır (13).

Ayrıca, cinsiyet, yaşam boyu daha fazla depresif dönem geçirme, depresif ve karma dönemler, erken başlangıç yaşı, hızlı döngülü durumlar, madde kötüye kullanımı, daha önce özkıyım girişiminde bulunma, özkıyım girişiyle ilişkili aile öyküsünün olması, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu bipolar bozukluk hastalarında özkıyım girişimiyle ilişkilendirilen klinik özelliklerin başında gelmektedir (14). Bunlar arasında en sık cinsiyet üzerinde durulmuştur. Bipolar bozukluğu olan kadın hastalarda özkıyım girişiminin erkeklere oranla iki kat fazla olduğu, ancak ölümle sonuçlanan özkıyım girişi oranlarının erkeklerde daha yüksek olduğu saptanmıştır (14-16).

Farklı toplumlarda farklı sıklıkla görülen özkıyım girişiminin kültürel, ekonomik ve toplumsal yönleri mevcuttur. Bazı toplumlarda oldukça düşük olmasına rağmen, diğer bazı toplumlarda kültürün bir parçası olarak kabul gören özkıyım girişiyle ilişkili risk faktörlerinin ayırt edilebilmesi ve gerekli önlemlerin alınması hastalığın mortalite ve morbiditesini azaltmaya yönelik önemli bir adımdır. Çalışmamızın amacı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Birimi'nde ayaktan izlenen ve ötimik dönemde olan hastalarda özkıyım girişi sıklığını, özkıyım yöntemlerini ve özkıyım ile ilişkili klinik özellikleri belirlemektir. Bu nedenle, geçmişte özkıyım girişiminde bulunan ve bulunmayan hastaların verileri karşılaştırılmıştır. Konuyla ilgili hipotezimiz, bipolar bozukluk hastalarında özkıyım girişiminin yüksek oranda olduğu ve daha çok ailesel özellik gösterebileceği şeklindedir.

YÖNTEM

Çalışmaya, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Birimi'nde ayaktan izlenen, yaşları 18-65 olan, DSM-IV tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk (BPB I ve BPB II) tanısı konan ötimik hastalar alındı. Aktif hastalık döneminde olan BPB hastaları, aktif psikozu olanlar, demans tanısı alanlar, mental retardasyonu olanlar, Parkinson hastalığı, dejeneratif hastalıklar, multiple skleroz gibi nörolojik hastalığı olanlar, sistemik kronik hastalığı olanlar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya katılma

ölçütlerini karşılayan 125 hasta görüşmeye alındı. İki hasta mental retardasyonu olduğu için ve 1 hasta multiple sklerozu olduğu için çalışma dışı bırakılmışlardır. Çalışmaya alınan 122 hastanın 60'ı kadın, 62'si erkekti. Hastalara çalışmaya alınmadan önce, elde edilecek sonuçların nasıl değerlendirileceği hakkında ayrıntılı bilgi verilerek, aydınlatılmış yazılı onamları alınmıştır.

Verilerin toplanması aşamasında bipolar bozukluk biriminde kullanılan Duygudurum Bozukluğu Hasta Kayıt ve İzleme Formu ve DSM-IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I) görüşmeci tarafından uygulanmıştır. Her hastayla yaklaşık 1 saat süren başbaşa bir görüşme yapıldı ve görüşme tek oturumda tamamlandı.

BPB I ve BPB II tanısı DSM-IV tanı ölçütlerine göre konmuştur (17).

Kullanılan Ölçek ve Formlar

Çalışmada, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Birimi tarafından hazırlanan "Hasta Kayıt ve İzleme Formu" kullanılmıştır. İlk bölüm; hastaların adı-soyadı, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, çalışma durumu, eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik hastalıkları, psikoaktif madde kullanımı, doğum ve çocukluk öyküsünü elde etmeyi amaçlayan otuz dokuz sorudan oluşmaktadır. Hastalara sosyoekonomik düzeyleri alt, orta ve üst gruptan hangisine girdikleri sorulmuş ve kendi bildirimleri kaydedilmiştir. Sonraki yirmi dört soruda duygudurum bozukluğunun genel klinik özellikleri, sonraki on dokuz soruda ilk dönem özellikleri ve daha sonraki otuz beş soruda koruyucu sağaltıma başlanmadan önceki dönem klinik gidiş özellikleri sorgulanmıştır.

DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), Eksen-I psikiyatrik bozukluk tanımlarını araştırmak amacıyla görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış klinik görüşme çizelgesidir. Altı modülden oluşmaktadır. Toplam 38 tane birinci eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve toplam 10 tane birinci eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmaksızın araştırmaktadır. İki modül duygudurum dönemleri ve duygudurum bozuklukları, iki modül psikotik semptomlar ve psikotik bozukluklar için ayrılırken,

madde kullanım bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ve diğer bozukluklar birer modülde yer almaktadır. Bilgi kaynakları; hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamdaki gözlemler ve tıbbi kaynaklardır. Uygulama ortalama 30-60 dakika sürmektedir. Özkürkçügil ve arkadaşları (18) tarafından Türkçeye uyarlanmış ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 15.0 paket programı yardımıyla yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin, sıklıklarının ve oranlarının karşılaştırılmasında ki-kare, gerekli yerlerde Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır. İki grubun sürekli değişkenlerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 122 hastadan (60 kadın, 62 erkek) 24'ünün (%19.6) yaşam boyu en az 1 kez özkıyım girişiminde bulunduğu ve bu hastaların 9'unda birden fazla sayıda özkıyım girişiminde bulunduğu tespit edildi.

Tüm hastaların sosyodemografik özellikleri ele alındığında, kadın ve erkek hasta oranının birbirine çok yakın olduğu (sırasıyla, %49.1 ve %50.9), grubun çoğunluğunun evli (%53.3) ve orta derecede sosyoekonomik düzeye (%79.5) sahip olduğu tespit edildi.

Hastalar yaşamboyu özkıyım girişiminde bulunup bulunmamalarına göre iki gruba ayrıldı. Sosyodemografik veriler Tablo 1'de karşılaştırılmıştır. Kadınlarda özkıyım girişiminin erkeklerden anlamlı derecede yüksek olduğu ($p=0.018$), bununla beraber diğer parametreler arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (Tablo 1).

Hastaların özgeçmişlerinde; çocukluk döneminde geçirdikleri psikiyatrik hastalıklar, anksiyete bozuklukları, madde kullanımı, kişilik bozuklukları ve fiziksel hastalıkları sorgulandı. Ancak bunlar açısından da özkıyım girişiminde bulunan ve bulunmayanlar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 2).

Soygeçmiş özellikleri incelendiğinde, ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olmasının özkıyım

girişiminde bulunma ile anlamlı derecede ilişkili olduğu tespit edildi ($p=0.041$). En yüksek oran (%29.3) ailesinde bipolar bozukluğu olanlarda saptandı (Tablo 3).

Hastalar, hastalığın klinik gidiş özellikleri açısından değerlendirildiğinde, hastalık süresi, latans süresi, hastaneye yatış sayısı, geçirilmiş toplam dönem sayısı,

depresif dönem sayısı ve karma dönem sayısının fazla-laşmasıyla özkıym girişim riskinin anlamlı derecede arttığı belirlendi (sırasıyla, $p=0.027$, $p=0.008$, $p=0.045$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.045$) (Tablo 4).

İlk dönem tipine göre değerlendirildiğinde, ilk dönemi mani olanlarda özkıym girişiminde bulunma

Tablo 1: Özkıym girişimi olan ve olmayan hastaların sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması

	Özkıym girişimi var (n=24)		Özkıym girişimi yok (n=98)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kadın	17	28.3	43	71.7	5.61	0.02 [#]
Erkek	7	11.3	55	88.7		
Medeni hal					2.15	0.14
Evli	16	24.6	49	75.4		
Bekar/Dul	8	14.0	49	86.0		
Çalışma durumu					*	0.10
Çalışıyor	18	17.1	87	82.9		
Çalışmıyor	6	35.3	11	64.7		
Sosyoekonomik düzey					1.58	0.45
Üst	2	40.0	3	60.0		
Orta	19	19.6	78	80.4		
Alt	3	15.0	17	85.0		

χ^2 : Ki Kare testi, [#]Fisher kesin testi kullanılmıştır, [#] $p<0.05$ istatistiksel açıdan anlamlı

Tablo 2: Özkıym girişimi olan ve olmayan hastaların yaşam boyu komorbiditeleri

	Özkıym girişimi var (n=24)		Özkıym girişimi yok (n=98)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Çocukluk dönemi psikiyatrik hastalık öyküsü					*	1.00
Var	4	21.1	15	78.9		
Psikiyatrik ek tanı					*	0.70
Panik bozukluk						
Var	3	25.0	9	75.0		
YAB					3.58	0.06
Var	9	32.1	19	67.9		
OKB					*	1.00
Var	2	20.0	8	80.0		
Sosyal fobi					*	1.00
Var	1	25.0	3	75.0		
Özgül fobi					*	1.00
Var	4	21.1	15	78.9		
Alkol-madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı					0.53	0.47
Var	6	15.8	32	84.2		
Kişilik bozukluğu					*	0.16
Var	7	30.4	16	69.6		
Bedensel hastalık öyküsü					0.003	0.96
Var	6	20.0	24	80.0		

χ^2 : Ki kare testi, [#]Fisher kesin testi kullanılmıştır, YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk

Tablo 3: Özkıyım girişimi olan ve olmayan hastaların soygeçmiş özellikleri

		Özkıyım girişimi var (n=24)		Özkıyım girişimi yok (n=98)		χ^2	p
		n	%	n	%		
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	20	25.0	60	75.0	4.17	0.04 [#]
Ailede depresyon öyküsü	Var	8	23.5	26	76.5	0.44	0.50
Ailede BPB öyküsü	Var	12	29.3	29	70.7	3.56	0.06
Ailede şizofreni öyküsü	Var	4	26.7	11	73.3	*	0.49
Ailede şizoafektif bozukluk öyküsü	Var	1	20.0	4	80.0	*	1.00
Ailede OKB öyküsü	Var	1	11.1	8	88.9	*	0.69
Ailede panik bozukluk öyküsü	Var	1	8.3	11	91.7	*	0.46
Ailede YAB öyküsü	Var	3	18.8	13	81.3	*	1.00
Ailede madde bağımlılığı öyküsü	Var	1	11.1	8	88.9	*	0.69
Ailede özkıyım girişimi öyküsü	Var	6	28.6	15	71.4	*	0.36

χ^2 : Ki kare testi, *Fisher kesin testi kullanılmıştır, [#]p<0.05 istatistiksel açıdan anlamlı, BPB: Bipolar bozukluk, YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk

Tablo 4: Özkıyım girişimi olan ve olmayan hastaların genel klinik özellikleri

	Özkıyım girişimi var (n=24)		Özkıyım girişimi yok (n=98)		Mann Whitney U	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Yaş (yıl)	37.75	12.80	35.11	11.51	1034.0	0.36
Eğitim süresi (yıl)	9.91	3.76	11.10	3.19	969.5	0.14
Hastalık başlangıç yaşı	23.54	9.93	24.98	9.40	993.0	0.24
Hastalık süresi (yıl)	14.68	9.10	10.46	7.86	832.0	0.03 [#]
Tedavisiz hastalık süresi (Latans) (yıl)	6.39	6.14	3.80	5.44	767.5	0.01 [#]
Hastaneye yatış sayısı	2.58	3.24	1.33	1.81	877.0	0.04 [#]
Geçirilmiş toplam dönem sayısı	8.20	5.03	5.01	3.92	647.5	<0.001
Depresif dönem sayısı	3.66	3.44	0.99	1.17	351.5	<0.001
Manik dönem sayısı	2.50	3.55	2.14	2.06	1077.0	0.51
Karma dönem sayısı	0.41	0.71	0.20	0.64	979.5	0.04 [#]

SS: Standart Sapma, [#]p<0.05 istatistiksel açıdan anlamlı

Tablo 5: Özkıyım girişimi olan ve olmayan hastaların ilk dönem tipine göre karşılaştırılması

	Özkıyım girişimi var (n=24)		Özkıyım girişimi yok (n=98)		χ^2	p
	n	%	n	%		
İlk dönemin tipi*						
Depresyon	13	31.7	28	68.3	8.28	0.02 [#]
Mani	6	11.3	47	88.7		
Karma	5	41.7	7	58.3		
Toplam	24	22.6	82	77.4		

χ^2 : Ki kare testi, *ilk dönem tipi hipomani olanlar analiz dışı bırakılmıştır. [#]p<0.05 istatistiksel açıdan anlamlı

durumu, diğerlerindeki göre anlamlı derecede daha az bulundu (p=0.016). İlk dönemi depresyon olanların %31.7'sinin, karma olanların %41.7'sinin özkıyım girişiminde bulunduğu tespit edildi (Tablo 5). Özkıyım girişiminde bulunan hastaların %50'sinin ilk dönem sırasında özkıyım girişiminde bulunduğu saptandı.

Hastaların dönem özelliklerine göre karşılaştırma yapıldı, ancak dönemlerde mevsimsel özellik olması

durumu ve psikotik özellik olma durumu ile özkıyım girişiminde bulunma arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi (sırasıyla, p=0.129, p=0.120).

Özkıyım yöntemleri incelendiğinde, en sık kullanılan yöntemin ilaç içme (%62.5) olduğu ve bunu sırasıyla, yüksekte atlama (%16.6), kendini asma (%8.3) ve diğer (%8.3) (boğulma, kendini yakma vb) yöntemlerin izlediği belirlendi.

TARTIŞMA

Çalışmamız, bipolar bozuklukta bazı klinik ve demografik özelliklerin özkıyım girişimiyle ilişkili olduğunu göstermesi açısından önem taşımaktadır. Bunlar arasında kadın cinsiyeti, hastalık süresi, tedavisiz hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, geçirilmiş toplam dönem sayısı, depresif dönem sayısı, karma dönem sayısı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yer almaktadır.

Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, kadınların erkeklere göre anlamlı derecede daha fazla özkıyım girişiminde bulunduğu görüldü (%28.3'e karşılık %11.3). Literatürde de özkıyım-cinsiyet ilişkisi sıklıkla çalışılmıştır. Bipolar bozukluğa sahip erkeklerde özkıyım riski kadınlardakinden 4 kat daha fazladır (14). Birimizde daha önce yapılan bir çalışmada, bipolar bozukluğu olan kadınların %26'sında, erkeklerin %12'sinde özkıyım girişimi olduğu belirlenmiştir (19). Oquendo ve arkadaşları (20), özkıyım girişiminin cinsiyetle ilişkisini araştırdıkları prospektif bir çalışmada, gelecekte özkıyım girişimi açısından, daha önce bir kez özkıyım girişiminde bulunan kadınların 6 kat, erkeklerinse 3 kat riskli olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda da özkıyım girişimi olduğu belirlenen 24 hastanın 9'unda tekrarlayan girişimler olduğu saptandı. Literatürde de öyküsünde özkıyım girişiminin olması risk faktörü olarak tanımlanmıştır (21).

Daha önce yapılan bir araştırmada erkeklerde madde kullanımı, ailede özkıyım girişimi öyküsü, sigara kullanımı, "borderline" kişilik bozukluğu, erken ebeveyn kaybı gibi durumların daha fazla olduğu ve bunun da özkıyım girişimi riskini arttırdığı gösterilmiştir. Bu çalışma, cinsiyetin özkıyım girişimiyle karmaşık bir ilişkisi olduğunu ve cinsiyete bağlı başka faktörlerin de süreci etkileyebileceğini göstermesi bakımından önemlidir (9). Özkıyım girişimi açısından, bipolar bozukluğa alkol ve madde kötüye kullanımının eşlik etmesi de önemli bir risk faktörü kabul edilmiştir (14,22). Ancak çalışmamızda bu açıdan, özkıyım girişiminde bulunan ve bulunmayan hastalar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Verilerimiz, sadece yaşam boyu yaygın anksiyete bozukluğu olanlarda özkıyım girişiminin daha yüksek olduğunu gösterdi. Daha önce yapılan çalışmalarda,

yaygın anksiyete bozukluğu dışında, sosyal fobi eştanısının da özkıyım ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (14,21,23). Ancak literatürde, anksiyete bozukluğu ile özkıyım girişimi arasında herhangi bir ilişki olmadığını gösteren çalışma sonuçları da mevcuttur (24).

Çalışmamızda, özkıyım girişimiyle ailede psikiyatrik hastalık öyküsü arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Özkıyım girişimi, beklenildiği şekilde ailede bipolarite varlığıyla ilişkiliyken, ailede depresif bozukluk olması ya da özkıyım girişimi olmasıyla ilişkili bulunmadı. Bu durum, literatürde daha önce bildirilen ailede özkıyım öyküsü varlığının risk faktörü olduğu görüşüyle çelişmektedir (21,25). Özkıyım ile soygeçmiş ilişkisinin incelendiği bir araştırmada, özkıyımın ortaya çıkışında genetik faktörlerin yanısıra, çevresel faktörlerin de rol oynadığı belirtilmiştir (26).

Çalışmamızda, bipolar bozukluğun klinik özellikleriyle özkıyım girişimi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, tanı alma, dolayısıyla tedaviye başlama süresi uzadıkça, özkıyım riskinin arttığı gözlemlendi. Yine çalışmamızda, özkıyım girişiminde bulunan hastaların %50'sinin ilk dönem sırasında özkıyım girişiminde buldukları saptandı. Konuyla ilgili daha önce yapılmış bir çalışmada da benzer bir sonuç elde edilmiştir. Depresif dönem sırasında özkıyım girişiminde bulunanların %60'ının bunu ilk duygudurum dönemi sırasında gerçekleştirdiği saptanmıştır (27). Özellikle ilk dönem tipi depresyonu olan hastalarda girişim sayısının yüksek olması da bu sürecin bir parçası gibi görünmektedir. Bu sonuç daha önce bildirilen çalışma sonuçlarıyla örtüşmektedir (28-30). İlk dönemi depresyon olan hastaların yardım arayışları ve bipolar bozukluk tanısı alma oranları daha düşük olduğundan, olası özkıyım riski de sıklıkla gözden kaçmaktadır (31). Yine çalışmamızdan elde edilen bir diğer önemli sonuç ise, hastalık süresi ve geçirilen toplam dönem sayısı arttıkça özkıyım riskinin de artması idi. Özellikle depresyon dönemi sayısı arttıkça özkıyım riskinin arttığı gözlemlendi. Hastalığın kronik seyri, olası yıkıcı etkileri, işlevsellik kaybı ve doğası gereği depresyon dönemlerinin getirdiği isteksizlik ve umutsuzluk özkıyım davranışı açısından önemlidir. Daha önce yapılan çalışmalar da geçirilen depresif dönem sayısının fazla olmasının özkıyım riskini artırdığı görüşünü desteklemektedir (14,32). Bu

noktada etkin bir koruyucu tedavinin uygulanması, hastalığın mortalite ve morbiditesini düşürüp hastaların yaşam kalitesini artırmaya önemli derecede katkı sağlayabilir (33).

Daha önce yapılan çalışmalarda, özellikle çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismara uğramanın, bipolar bozukluk hastalarında hastalığın seyri, özkıyım düşüncesi ve girişimiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (34,35). Çalışmamızda çocukluk döneminde psikiyatrik hastalık ve travma (enürezis, davranım bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, cinsel, fiziksel ve duygusal istismar) öyküsünün özkıyım girişimiyle ilişkisi saptanamadı. Bu durum, olgu sayısının yetersizliğiyle de ilişkili olabilir. Örneğin, çalışmaya alınan olgulardan sadece biri, çocukluk çağında cinsel istismara uğradığını belirtmişti.

Ayaktan izlenen bipolar bozukluk hastalarında özkıyım girişimi oranının %19.7 olarak saptanması, çalışmanın beklenen bir sonucuydu. Koreli bipolar bozukluk hastalarında da yaşamboyu özkıyım girişiminin prevalansı %13.1 olarak saptanmıştır (36). Bu değerler, daha önce bipolar bozukluk hastalarında genel olarak bildirilen özkıyım oranının (%25-56) altındadır (9). Bu durumun, özkıyım girişiminin toplumumuzda kabul görmeyen bir davranış olması, damgalanma ile ilgili kaygılar, dini inançların koruyucu etkisi, sıkı aile ilişkileri, yeterli psikososyal destek ve psikoeğitimin bir sonucu olabileceği düşünüldü. Bipolar bozukluğun alt tipleriyle özkıyım ilişkisi incelendiğinde, bipolar I bozukluğa sahip hastalarda (n=19), bipolar II bozukluğa sahip hastalara (n=5) göre daha fazla özkıyım girişimi olduğu gözlemlendi. Bu konuda literatürde de çelişkili veriler mevcuttur. Bazı çalışmalarda, bipolar II tipte özkıyım riskinin daha yüksek olduğu öne sürülmüştür (30,36). Çalışmamız en sık kullanılan özkıyım girişim yönteminin ilaç içme olduğunu gösterdi. Özkıyım şeklinin ilk dönem tipiyle ilişkisini inceleyen bir çalışmada, ilk

dönemi mani olan hastaların çok daha öldürücü yöntemleri (kendini asma, ateşli silah ve yüksekten atlama) seçtikleri gözlemlendi (30). Olgu sayımız düşük olduğu için çalışmamızda benzer bir inceleme yapılmadı.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında, çalışmanın üçüncü basamak bir sağlık kuruluşu olan bir üniversite hastanesinde yürütülmesi nedeniyle, sonuçların genel topluma ve diğer hastalara genelleştirilememesi önemli yer tutmaktadır. Birimimize çoğunlukla geç tanı konmuş, çok sayıda duygudurum dönemi geçirmiş ve tedaviye dirençli olan olguların başvurduğu görülmüştür. Diğer bir kısıtlılık ise örneklem grubunun küçük olmasıdır. Çalışmaya alınan olguların rastgele seçilmesi, belli ölçütleri karşılayan, benzer özellikteki olguların bir araya gelmesini engellemiştir.

SONUÇ

Bipolar bozukluk hastalarında özkıyım girişimi, ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Erken tanı ve tedavi, süreci etkileyen en önemli faktörlerdir. Bipolar bozukluğun morbidite ve mortalitesinin azaltılması, bu dramatik riskin belirlenmesi ve önlem alınmasıyla mümkündür. Çalışmamız, bipolar bozuklukta özkıyım girişimi sıklığının oldukça yüksek olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, klinisyenler tarafından erken dönemde tanınmasının ve etkin bir şekilde tedavi edilmesinin önemini vurgular sonuçlar ortaya koymaktadır. Tedavisiz hastalık süresinin düşürülmesinin ve duygudurum dönemlerinin engellenmesinin temel hedeflerimizin başında gelmesi gerektiği görüşündeyiz. Özellikle depresif ve karma dönemler sırasında özkıyım riskinin değerlendirilmesi, bipolaritenin araştırılması, olası riskler konusunda hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi önem taşımaktadır. Bu nedenle, özkıyım ile ilgili uyarıcı belirtilerin saptanması yeni terapötik yaklaşımların geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Simon GE, Bauer MS, Ludman EJ, Opersalski BH, Unützer J. Mood symptoms, functional impairment and disability in people with bipolar disorder: specific effects of mania and depression. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:1237-1245.
2. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med* 1999; 29:9-17.

3. Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC, Shoaib AM, Krajewski KJ. Suicidality in patients with pure and depressive mania. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1312-1315.
4. Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC, Shoaib AM, Tsai-Dilsaver Y, Krajewski KJ. Suicidality, panic disorder and psychosis in bipolar depression, depressive-mania and pure mania. *Psychiatry Res* 1997; 73:47-56.
5. Goldberg JF, Garno JL, Leon AC, Kocsis JH, Portera L. Association of recurrent suicidal ideation with nonremission from acute mixed mania. *Am J Psychiatry* 1998; 155:1753-1755.
6. Goldberg JF, Garno JL, Portera L. Correlates of suicidal ideation in dysphoric mania. *J Affect Disord* 1999; 56:75-81.
7. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord* 2003; 73:123-131.
8. Strakowski SM, McElroy SL, Keck PE, West SA. Suicidality among patients with mixed and manic bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153:674-676.
9. Abreu LN, Lafer B, Garcia EB, Oquendo MA. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31:271-280.
10. Grangeon MC, Sexias C, Qurantini LC, Miranda-Scippa A, Pompili M, Steffens DC, Wenzel A, Lacerda AL, de Oliveira IR. White matter hyperintensities and their association with suicidality in major affective disorders: a meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *CNS Spectr* 2010; 15:375-381.
11. Özsoy SD, Eşel E. İntihar (Özkıym). *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4:175-185.
12. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, Mann JJ. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1433-1441.
13. Nordstrom P, Asberg M, Aberg-Wistedt A, Nordin C. Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92:345-350.
14. Parmentier C, Etain B, Yon L, Misson H, Mathieu F, Lajnef M, Cochet B, Raust A, Kahn JP, Wajsbrot-Elgrabli O, Cohen R, Henry C, Leboyer M, Bellivier F. Clinical and dimensional characteristics of euthymic bipolar patients with or without suicidal behavior. *Eur Psychiatry* 2012; 27:570-576.
15. Tondo L, Isacson G, Baldessarini J. Suicide in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs* 2003; 17:491-511.
16. Tondo L, Albert MJ, Baldessarini RJ. Suicide rates in relation to health care access in the United States: an ecological study. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:517-523.
17. Amerikan Psikiyatri Birliđi. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV- TR) Körođlu E (Çeviri Ed.) Yeniden gözden geçirilmiş 4. Baskı. Hekimler Yayın Birliđi, Ankara, 2001.*
18. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı A, Körođlu E. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12:233-236.
19. Eroğlu MZ. Bipolar bozuklukta koruyucu sağaltım. *Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2010.*
20. Oquendo MA, Bongiovi-Garcia ME, Galfalvy H, Goldberg P, Grunebaum MF, Burke AK, Mann JJ. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2007; 164:134-141.
21. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:693-704.
22. Simon GE, Hunkeler E, Fireman B, Lee JY, Savarino J. Risk of suicide attempt and suicide death in patients treated for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2007; 9:526-530.
23. Simon NM, Zalta AK, Otto MW, Ostacher MJ, Fischmann D, Chow CW, Thompson EH, Stevens JC, Demopulos CM, Nierenberg AA, Pollack MH. The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 2007; 41:255-264.
24. Nakagawa A, Grunebaum MF, Sullivan GM, Currier D, Ellis SP, Burke AK, Brent DA, Mann JJ, Oquendo MA. Comorbid anxiety in bipolar disorder: does it have an independent effect on suicidality? *Bipolar Disord* 2008; 10:530-538.
25. Slama F, Bellivier F, Henry C, Rousseva A, Etain B, Rouillon F, Leboyer M. Bipolar patients with suicidal behavior: toward the identification of a clinical subgroup. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:1035-1039.
26. Tidelman D, Runeson B, Waern M, Frisell T, Carlström E, Linchtenstein P, Långström N. Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychol Med* 2011; 1:1-8.
27. Balázs J, Lecrubier Y, Csiszér N, Koszták J, Bitter I. Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: importance of the first depressive episodes and of bipolar II diagnoses. *J Affect Disord* 2003; 76:113-119.

28. Perlis RH, Delbello MP, Miyahara S, Wisniewski SR, Sachs GS, Nierenberg AA. Revisiting depressive-prone bipolar disorder: polarity of initial mood episode and disease course among bipolar I systematic treatment enhancement program for bipolar disorder participants. *Biol Psychiatry* 2005; 58:549-553.
29. Chaudhury SR, Grunebaum MF, Galfalvy HC, Burke AK, Sher L, Parsey RV, Everett B, Mann JJ, Oquendo MA. Does first episode polarity predict risk for suicide attempt in bipolar disorder? *J Affect Disord* 2007; 104:245-250.
30. Neves FS, Malloy-Diniz LF, Barbosa IG, Brasil PM, Corrêa H. Bipolar disorder first episode and suicidal behavior: are there differences according to type of suicide attempt? *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31:114-118.
31. Cha B, Kim JH, Ha TH, Chang JS, Ha K. Polarity of the first episode and time to diagnosis of bipolar I disorder. *Psychiatry Investig* 2009; 6:96-101.
32. Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord* 2000; 59:107-117.
33. Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Bipolar bozuklukta koruyucu sağaltım. *Pskiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2:206-236.
34. Carballo JJ, Harkavy-Friedman J, Burke AK, Sher L, Baca-Garcia E, Sullivan GM, Grunebaum MF, Parsey RV, Mann JJ, Oquendo MA. Family history of suicidal behavior and early traumatic experiences: additive effect on suicidality and course of bipolar illness? *J Affect Disord* 2008; 109:57-63.
35. McIntyre RS, Soczynska JK, Mancini D, Lam C, Woldeyohannes HO, Moon S, Konarski JZ, Kennedy SH. The relationship between childhood abuse and suicidality in adult bipolar disorder. *Violence Vict* 2008; 23:361-372.
36. Ryu V, Jon DI, Cho HS, Kim SJ, Lee E, Kim EJ, Seok JH. Initial depressive episodes affect the risk of suicide attempts in Korean patients with bipolar disorder. *Yonsei Med J* 2010; 51:641-647.