

Bipolar Bozuklukta İşlevselliğin Dürtüsellik ve Baş Etme Tutumlarıyla İlişkisi

Zuhal Koç Apaydın¹,
Murat İlhan Atagün²

¹Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Psikiyatri Kliniği, Ankara - Türkiye
²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara - Türkiye

ÖZ

Bipolar bozuklukta işlevselliğin dürtüsellik ve baş etme tutumlarıyla ilişkisi

Amaç: Bipolar bozuklukta işlevsellik hastaların remisyonunda olduğu dönemlerde dahi bozulabilmektedir ve dürtüsellik, eşik altı klinik belirtiler, damgalanma gibi psikopatolojik boyutların işlevselliğe etkilerinin olduğu bilinmektedir. Baş etme tutumlarıyla, bireylerin karşılaştıkları günlük olaylar karşısında tutumları ve bunların uyuma dönük olup olmadıkları ifade edilmektedir. Bu çalışmada bipolar bozuklukta baş etme tutumları ve dürtüsellik işlevselliğe olan etkilerinin incelenmesi, dürtüsellik uyuma dönük olan ve olmayan davranışları etkileyerek baş etme tutumları üzerinden işlevselliğe etki edip etmediğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma remisyonunda bipolar bozukluğu olan 74 hasta ve yaş, cinsiyet ve eğitim durumu bakımından hasta grubuyla örtüşen 74 sağlıklı kontrol ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ), Baş Etme Tutumları Ölçeği (BETÖ), Barratt Dürtüsellik Ölçeği-II (BDÖ-II), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Bipolar bozukluk grubunun işlevsellik puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktü ($p=0.027$). Ayrıca bipolar bozukluk grubunda dikkat ($p=0.020$) ve motor ($p=0.006$) dürtüsellik artmış olduğu ve de maladaptif baş etme tutumlarının daha fazla görüldüğü ($p=0.032$) tespit edilmiştir. BDÖ toplam puanıyla maladaptif baş etme tutumları arasında anlamlı derecede korelasyon saptanmıştır ($r=0.38$, $p<0.01$). Hiyerarşik çoklu regresyon analizinde, adaptif baş etme tutumları ($B=0.23$, $p=0.020$), dikkat ($B=-0.31$, $p=0.037$), motor ($B=0.29$, $p=0.027$) ve planlanmamış ($B=-0.35$, $p=0.003$) dürtüsellik işlevselliğin belirleyicileri oldukları saptanmıştır ($F=8.44$, $p<0.001$).

Sonuç: Bu çalışmada bipolar bozuklukta işlevselliğin dürtüsellikten olumsuz biçimde, adaptif baş etme tutumlarından olumlu biçimde etkilendiğini, baş etme tutumlarının işlevselliğe etkisinde dürtüsellik aracılığının olmadığı tespit edilmiştir. Dürtüsellikle maladaptif baş etme tutumları arasında bağlantı olmasına rağmen aracılık etkisinin görülmemesi, aracılık edici bir ilişki olmadığına işaret etmektedir. Büyük örneklemli izlem çalışmalarıyla işlevselliğin belirleyicilerinin değerlendirilmesi hastalıkta görülen işlev kayıplarının kontrol edilebilmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Baş etme tutumları, bipolar bozukluk, dürtü kontrol bozukluğu

ABSTRACT

Relationship of functionality with impulsivity and coping strategies in bipolar disorder

Objective: In patients with bipolar disorder, functional losses may be observed even during remission of the disease, and psychopathological traits such as impulsivity, subthreshold clinical symptoms, or stigmatization may influence functionality. Coping strategies are defined as a person's attitudes towards daily life events and their adaptedness. This study aimed to investigate the effects of coping strategies and impulsivity on functionality in bipolar disorder and whether the effect of impulsivity is mediated by dysfunctional coping strategies.

Method: This study was conducted with patients suffering from bipolar disorder ($n=74$) in remission and healthy controls ($n=74$) matched with the patient group in terms of age, gender and education. Patients were assessed using the Bipolar Disorder Functioning Questionnaire (BDFQ), Coping Strategies Inventory (COPE), Barratt Impulsiveness Scale-II (BIS-II), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Young Mania Rating Scale (YRMS) and Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A).

Results: The functionality score of the bipolar disorder group was significantly lower than in the healthy control group ($p=0.027$). Moreover, attention ($p=0.020$) and motor ($p=0.006$) impulsivity scores were higher and the maladaptive coping strategies score ($p=0.032$) was lower in the bipolar disorder group. The correlation between the total score of the BIS and the maladaptive coping strategies subscale of the COPE in the bipolar disorder group was statistically significant ($r=0.38$, $p<0.01$). Hierarchical multiple regression analysis showed that adaptive coping strategies ($B=0.23$, $p=0.020$), attention ($B=-0.31$, $p=0.037$), motor ($B=0.29$, $p=0.027$) and nonplanning ($B=-0.35$, $p=0.003$) impulsivity were the determinants of the functionality in the regression model ($F=8.44$, $p<0.001$).

Conclusion: The study has detected that functionality is affected negatively by impulsivity and positively by adaptive coping strategies in bipolar disorder, whereas the effect of coping strategies on functionality is not mediated by impulsivity. While there was a correlation between impulsivity and maladaptive coping strategies, there was no mediation between impulsivity and coping strategies, which may suggest that these dimensions are independent from each other. Prospective studies with large sample sizes should investigate the clinical determinants of functional losses in the future.

Keywords: Coping strategies, bipolar disorder, impulse control disorder



Bu makaleye atf yapmak için: Koç-Apaydın Z, Atagün M. Relationship of functionality with impulsivity and coping strategies in bipolar disorder. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2018;31:21-29. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2018310102>

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Murat İlhan Atagün,
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp
Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Üniversiteler
Mahallesi, İhsan Doğramacı Bulvarı, No: 6,
Bilkent, 06800 Çankaya/Ankara, Türkiye

Telefon / Phone: +90-312-291-2525/3286

Elektronik posta adresi / E-mail address:
miatagun@ybu.edu.tr

Geliş tarihi / Date of receipt:
19 Aralık 2017 / December 19, 2017

İlk düzeltme öneri tarihi /
Date of the first revision letter:
26 Aralık 2017 / December 26, 2017

Kabul tarihi / Date of acceptance:
29 Aralık 2017 / December 29, 2017

GİRİŞ

Bipolar bozukluk depresyon, mani ve remisyon dönemleri ile karakterize, işlevselliği etkileyebilen bir hastalıktır (1). Hastalığın seyrinde nörobiyolojik faktörlerin yanı sıra psikososyal etmenlerinde önemi vardır (2). Kişilik yapısı, stresle baş etme, sosyal adaptasyon becerileri gibi kişisel faktörler ve strese maruziyet, aile yapısı, toplumsal yapı, hastalığa karşı ön yargılar gibi çevresel faktörler hastalığın seyrine etki edebilir (3). Bu faktörlerin sebep olduğu stres ve stresle baş etme stratejileriyle ilgili yetersizlikler nörobiyolojik sonuçlara dahi neden olabilmektedirler (4). Bipolar bozuklukta, stresli yaşam olaylarının, hastalığın erken başlamasına (5), daha sık depresyon geçirme, psikotik belirtiler ve anksiyete gibi seyir özelliklerine etki ettikleri bilinmektedir (6). Remisyon dönemindeki hastalar dahi stresli bir yaşam olayı ile karşılaştıklarında, iş/okul, aile, arkadaş alanlarında işlevsellikleri bozulmaktadır (7).

Stres öncelikle bir tehdit olarak algılanmakta, sonrasında bu durum yorumlanmakta ve başa çıkma süreçleri devreye girmektedir (8). İnsanlar yaşamları boyunca karşılaşacakları ruhsal ve fiziksel olarak sıkıntı veren, iç ve dış uyaranlara uyum sağlamak, stres faktörlerinin etkilerini en aza indirmek için baş etme tutumları geliştirirler (9). Baş etme, sorunun ana kaynağına odaklanan ve sorunu aktif olarak çözmeye çalışan problem odaklı baş etme tutumları ve sorunun yarattığı duyguyla baş etmeyi sağlayan, stresörden uzaklaştıran duygusal odaklı baş etme tutumları olarak iki başlıkta incelenmektedir (10). Ayrıca uyuma yönelik (adaptif) ve daha çok psikopatoloji ile ilişkili olduğu düşünülen uyuma yönelik olmayan (maladaptif) baş etme tutumları şeklinde de ayrılabilir (11,12). Bipolar bozukluğu olan hastaların kişilerarası ilişkilerde problem ve stresle baş etmede sorun yaşadıkları bilinmektedir (13). Bipolar bozuklukta ruminasyon, katastrofize etme, kendini suçlama, madde kullanma, risk alma, davranışsal boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, zihinsel boş verme gibi uyuma yönelik olmayan baş etme tutumları saptanmıştır (14-16). Uyuma yönelik olmayan baş etme tutumlarını kullanmak hastaların aile hayatı gibi alanlarda sorunlara sebep

olabilir (15). Ayrıca bipolar bozukluk I'de inkarın fazla ve kabullenmenin az kullanılması hastalığın tedavisinde olumsuzluklara sebep olmaktadır (17).

Bipolar bozuklukta işlevselliği etkileyen diğer davranış değişiklikleri arasında dürtüsellik, heyecan arayışı, kendine bakımın bozulması, anksiyete gibi sorunlar yer almaktadır (16,18,19) ve bu durumlar sosyal ve mesleki adaptasyonu güçleştirmektedir (16,20,21). Bu sorunlarla baş etme işlevselliğin geri kazanılması için önemlidir (16). Birçok nörolojik ve psikiyatrik hastalığın bileşenlerinden biri olan dürtüsellik, olumsuz sonuçlar değerlendirilmeden, iç ya da dış uyaranlara yönelik, hızlı, planlanmamış, zevk ya da haz almak için yapılan, uyuma yönelik olmayan davranışlardır (19). Dürtüsellik, riskli davranışlarda bulunma, plan yapmama, zihinsel çabuk yorulma, aniden hazırlıksız hareket etme, elindeki işe odaklanamama ile ilişkili bir durumdur (22). Bipolar bozuklukta, dürtüsellik iki bileşeni olan durumsal ve yapısal dürtüsellikte artış görülmektedir (23). Özellikle süreklilik teşkil eden yapısal dürtüsellik, intihar riski, madde kullanımı, tedaviye uyumsuzlukla ilişkili olduğu bilinmektedir (24,25). Bipolar bozukluğun her üç döneminde de yüksek bulunan yapısal dürtüsellik, hastalığın kronikleşmesine (24), madde kullanımına ve işlevsellikte bozulmaya neden olabilmektedir (20).

Bu çalışmada bipolar bozuklukta baş etme tutumlarının ve dürtüsellik işlevsellikle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. İşlevselliğin dürtüsellikten olumsuz biçimde, olumlu baş etme tutumlarından olumlu yönde, olumsuz baş etme tutumlarından olumsuz biçimde etkileneceği beklenebilir. Ancak dürtüsellik olan kişilerde olumsuz baş etme stratejilerinin daha fazla görülebileceği, olumlu baş etme stratejilerinin de daha az görülebileceği düşünülerek bu iki boyut arasında ilişki olup olmadığının incelenmesi de amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmaya, Şubat 2016 ile Şubat 2017 tarihleri arasında hastanemiz psikiyatri polikliniğine başvuran bipolar bozukluğu olan remisyon sürecindeki hastalar (n=74) ve hasta grubuyla yaş, eğitim düzeyi ve cinsiyet olarak örtüşen sağlıklı kontroller (n=74) alınmıştır.

Katılımcılar 18-65 yaş arasındaydı; zeka geriliği, kafa travması, ek psikiyatrik ve tıbbi eş tanısı olması, okur-yazar olmama dışlama kriterleriydi. Kontrol grubuna alınan bireyler için ayrıca birinci derece akrabalarında psikiyatrik tanı olması da dışlama kriteriydi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı onam alınmıştır. Çalışmamız yerel etik kurul tarafından incelenmiş ve onaylanmıştır. Çalışma Helsinki İnsan Hakları Bildirgesi uyarınca yapılmıştır.

Ölçekler

Demografik ve klinik bilgiler araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formu aracılığıyla toplanmıştır. Klinik değerlendirme araçları aşağıda belirtilmiştir.

Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D):

Depresyonun şiddetini ölçmek için kullanılan 17 soruluk bir testtir. Max Hamilton (26) tarafından geliştirilmiştir ve hala depresyonun derecesini ölçmek için en yaygın olarak kullanılan ölçektir. 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. En düşük '0', en yüksek '53' puan alınmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları (27) tarafından yapılmıştır.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ):

Young ve arkadaşları (28) tarafından geliştirilmiştir. Günümüzdeki klinik araştırmalarda mani durumunun şiddetini ölçmeye yönelik en yaygın olarak kullanılan ölçektir. Young Mani Derecelendirme Ölçeği 11 maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi içeren bir ölçektir. YMDÖ'nün ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliğini Karadağ ve arkadaşları (29) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A):

Anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Hamilton (30) tarafından 1959 yılında geliştirilmiştir. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur.

Her maddenin puanı 0 - 4 arasında, ölçeğin toplam puanı 0-56 arasında değişmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları (31) tarafından 1998 yılında yapılmıştır.

Baş Etme Tutumlarını Ölçeği (BETÖ): 1989'da Carver ve arkadaşları (32) tarafından geliştirilen ölçek toplam 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları (33) tarafından yapılmıştır. 15 alt ölçek içermekte olup her alt ölçek dört sorudan oluşmaktadır. Alt boyutları pozitif yeniden yorumlama ve gelişme [1], zihinsel boş verme [2], soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma [3], yararlı sosyal destek kullanımı [4], aktif başa çıkma [5], inkar [6], dini olarak başa çıkma [7], şakaya vurma [8], davranışsal olarak boş verme [9], geri durma [10], duygusal sosyal destek kullanımı [11], madde kullanımı [12], kabullenme [13], diğer meşguliyetleri bastırma [14], plan yapmadır [15] (33). Adaptif baş etme tutumları [1, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14] ve maladaptif baş etme tutumları [2, 3, 6, 9, 12] olmak üzere iki ana alt ölçekte (32,33); ve stresi azaltmaya yönelik olan "duygusal odaklı baş etme yöntemleri" [3, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13] ve problemi çözmeye yönelik "problem odaklı baş etme yöntemleri" [1, 4, 5, 10, 14, 15] olarak iki alt boyutta da incelenebilmektedir (15,32,33).

Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği (BBIÖ):

Aydemir ve arkadaşları (34) tarafından geliştirilip, geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, 52 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin duygusal işlevsellik [1], zihinsel işlevsellik [2], cinsel işlevsellik [3], damgalanma hissi [4], içe kapanıklık [5], ev içi ilişkiler [6], arkadaşlarıyla ilişkiler [7], toplumsal etkinliklere katılım [8], günlük etkinlikler ve hobiler [9], insiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme [10] ve iş [11] olmak üzere 11 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin toplanmasıyla toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçeğin alt ölçeklere ait Cronbach alfa değerleri 0.53 ile 0.83 arasında değişirken, toplam ölçek Cronbach alfa sayısı 0.91 olarak bulunmuştur. Ölçeğin kesme puanı olmayıp puan arttıkça işlevsellik olumlu yönde artmaktadır.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11):

Barratt ve Patton tarafından (35) geliştirilmiş öz bildiri me dayalı bir ölçektir. Otuz maddeden oluşur ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır. Bu alt ölçekler dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor dürtüsellik (motor dürtüsellik ve sebat edememe) ve planlanmamış dürtüselliktir (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük). BDÖ-11 değerlendirilirken 4 farklı alt skor elde edilir; toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik. Toplam BDÖ-11 puanı ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları (36) tarafından yapılmıştır.

İstatistik Analiz

İstatistiksel analizler SPSS 20.0 (IBM, Armonk, New York, ABD) paket programı ile yapıldı. Kategorik değişkenlerin sıklıklarının ve oranlarının karşılaştırılmasında Ki kare testi ve sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında t Testi uygulandı. Sosyo-demografik bilgiler ve klinik özelliklerle ilgili tanımlayıcı istatistikler sunuldu. Değişkenlerin dağılımı Shapiro-Wilks testi ile değerlendirildi ve istatistiksel anlamlılık eşiği $p < 0.05$ olarak kabul edildi. Tüm klinik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için karşılaştırmalı istatistikler, Pearson'ın Korelasyon Analizi ve Doğrusal Regresyon Analizi yapıldı. Bipolar bozukluk grubunda

işlevselliğin belirleyicilerinin tespit edilebilmesi amacıyla yapılan hiyerarşik çoklu doğrusal regresyon analizinde, adaptif baş etme tutumlarının işlevselliğe etkisinde, dürtüsellik aracılığıyla etkisinin olup olmadığının kontrol edilebilmesi amaçlandı. Hiyerarşik regresyon analizinde latent değişken olup olmadığı değerlendirilebilmektedir. Hiyerarşik regresyon analizinde bağımsız değişkenler araştırmacının daha önce belirlediği sıraya göre analize alınır ve her bir değişken bağımlı değişkene ilişkin varyansa olan etkileri bakımından değerlendirilir. Hiyerarşik regresyon analizinde daha önce analize alınan yordayıcı değişkenler daha sonra analize alınacak yordayıcı değişkenler için kontrol değişkeni durumundadır (37,38). Diğer bir deyişle sonraki bir modelde bir değişkenin eklenmesiyle, önceki modelde anlamlı ilişki çıkan bir değişkenin ilişkisinin anlamsız hale gelmesi durumunda, eklenen değişkenin latent değişken olduğu sonucuna varılabilmektedir.

BULGULAR

Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak fark bulunmuyordu (Tablo 1). YMRS puanları bipolar bozukluk grubunda anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0.032$).

Bipolar bozukluk grubunda işlevsellik puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü ($p=0.027$) (Tablo 2). Bipolar bozukluk

Tablo 1: Sosyodemografik ve klinik özellikler

	Bipolar Bozukluk (n=74)		Sağlıklı Kontrol (n=74)		χ^2/t	p
	n	%	n	%		
Cinsiyet (kadın)	53	71.6	53	68.9	0.129	0.719
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Yaş	38.43	13.17	39.70	10.82	-0.783	0.434
Eğitim	11.70	3.96	11.59	4.55	-0.014	0.989
HAM-D	0.60	1.28	0.29	0.96	-1.920	0.055
YMDÖ	0.58	1.52	0.14	0.69	-2.149	0.032
HAM-A	1.24	2.38	1.54	2.42	-0.650	0.516
	n	%				
Ailede hastalık öyküsü	35	47.3				
Stresli yaşam olayı	27	37.5				
	Ortalama	SS				
Hastalık başlangıç yaşı	25.17	9.43				
Toplam dönem sayısı	7.74	7.59				

t Testi ve Ki-kare Testi, HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği, HAM-A: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği

grubunda dikkat ($p=0.020$) ve motor ($p=0.036$) dürtüsellik puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yükseldi. Bipolar bozuklukta maladaptif baş etme tutumları puanları istatistiksel olarak anlamlı oranda yükseldi ($p=0.032$).

BBİÖ toplam puanlarıyla BDÖ ve BETÖ arasında

ilişki olup olmadığını değerlendirebilmek amacıyla korelasyon analizi yapıldı (Tablo 3). BBİÖ toplam puanıyla problem odaklı ($p<0.05$) ve adaptif ($p<0.01$) BETÖ, BDÖ Toplam Puanı ($p<0.01$) ve HAM-D ($p<0.01$) arasında anlamlı derecede korelasyon tespit edildi.

Regresyon analizinde ilk basamakta baş etme

Tablo 2: İşlevsellik, dürtüsellik ve baş etme tutumları bakımından grup karşılaştırmaları

	Bipolar Bozukluk (n=74)		Sağlıklı Kontrol (n=74)		t	P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
BBİÖ	101.99	10.94	105.65	11.10	-2.24	0.027
BDÖ-11						
Toplam puan	57.81	11.48	56.33	9.76	1.62	0.109
Dikkatte	15.22	3.50	14.50	3.04	2.35	0.020
Motor	19.63	5.05	18.05	3.93	2.79	0.006
Planlanmamış	22.94	5.80	23.78	4.94	-0.59	0.555
BETÖ						
A-BETÖ	111.47	14.70	111.14	12.04	0.32	0.745
M-BETÖ	42.66	7.77	40.39	7.15	2.16	0.032
P-BETÖ	55.98	8.39	56.09	7.48	0.27	0.791
D-BETÖ	98.14	13.59	95.44	11.16	1.49	0.138

t Testi, BBİÖ: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği toplam puanı, BDÖ-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, BETÖ: Baş Etme Tutumları Ölçeği (toplam puanlar sunulmuştur), A-BETÖ: Adaptif baş etme tutumları alt ölçeği, M-BETÖ: Maladaptif baş etme tutumları alt ölçeği, P-BETÖ: Problem odaklı baş etme tutumları alt ölçeği, D-BETÖ: Duygu odaklı baş etme tutumları alt ölçeği

Tablo 3: Ölçek puanları arasındaki korelasyon analizi

	BBİÖ	P-BETÖ	D-BETÖ	A-BETÖ	M-BETÖ	BDÖ	HAM-D	YMDÖ
P-BETÖ	0.25*							
D-BETÖ	0.14	0.51**						
A-BETÖ	0.30**	0.90**	0.76**					
M-BETÖ	-0.06	0.26*	0.84**	0.38**				
BDÖ-11	-0.32**	-0.10	0.18	-0.10	0.38**			
HAM-D	-0.31**	-0.06	0.01	-0.05	0.04	0.09		
YMDÖ	0.15	-0.04	0.16	0.04	0.16	-0.06	-0.17	
HAM-A	-0.12	0.08	-0.03	0.01	0.02	0.31**	0.43**	-0.08

BBİÖ: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği, P-BETÖ: Problem odaklı baş etme tutumları alt ölçeği, D-BETÖ: Duygu odaklı baş etme tutumları alt ölçeği, A-BETÖ: Adaptif baş etme tutumları alt ölçeği, M-BETÖ: Maladaptif baş etme tutumları alt ölçeği, BDÖ-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, HAM-A: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, YMDÖ: Young Mani Değerlendirme Ölçeği, Pearson'ın Korelasyon Testi, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Tablo 4: Bipolar bozukluk grubunda işlevselliğin belirleyicileri

Model		Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar		t	p	F
		B	SE	B				
1	Adaptif baş etme	0.23	0.08	0.30		2.81	0.006	7.90*
2	Motor dürtüsellik	0.73	0.29	0.35		2.55	0.013	6.00**
	Planlanmamış dürtüsellik	-0.65	0.22	-0.34		-2.93	0.005	
3	Adaptif baş etme	0.23	0.08	0.30		2.78	0.007	7.28**
	Motor dürtüsellik	0.74	0.28	0.35		2.60	0.011	
	Planlanmamış dürtüsellik	-0.66	0.22	-0.34		-3.00	0.004	
4	Adaptif baş etme	0.18	0.08	0.23		2.37	0.020	8.44**
	Dikkatte dürtüsellik	-0.89	0.42	-0.31		-2.13	0.037	
	Motor dürtüsellik	0.62	0.27	0.29		2.26	0.027	
	Planlanmamış dürtüsellik	-0.67	0.22	-0.35		-3.03	0.003	

Hiyerarşik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi. Bağımlı değişken: BBİÖ toplam puanı, 1. basamakta bağımsız değişkenler: Adaptif, Maldaptif, Problem odaklı, Duygu odaklı baş etme tutumları; 2. basamakta bağımsız değişkenler: Adaptif, Maldaptif, Problem odaklı, Duygu odaklı baş etme tutumları, BDÖ toplam puanı, motor, planlanmamış, dikkatte dürtüsellik alt ölçekleri; 3. basamakta bağımsız değişkenler: Adaptif, Maldaptif, Problem odaklı, Duygu odaklı baş etme tutumları, BDÖ toplam puanı, motor, planlanmamış, dikkatte dürtüsellik alt ölçekleri, HAM-D, HAM-A, YMDÖ, yaş, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, toplam geçirilmiş dönem sayısı, hastaneye yatış sayısı, * $p<0.01$, ** $p<0.001$

tutumlarından adaptif baş etmenin anlamlı derecede olumlu yönde belirleyici olduğu görüldü ($F=7.90$, $p<0.01$; $B=0.30$, $p=0.006$). Son basamakta adaptif baş etmenin etkisi hala anlamlıydı ($B=0.23$, $p=0.020$) ve aynı zamanda dürtüsellik, dikkat ($B=-0.31$, $p=0.037$), motor ($B=0.29$, $p=0.027$) ve plan yapamama ($B=-0.35$, $p=0.003$) alt boyutlarının da anlamlı belirleyiciler arasında yer aldıkları görüldü ($F=8.44$, $p<0.001$). Depresyon, mani, anksiyete, yaş, hastalık süresi, başlangıç yaşı gibi klinik değişkenler belirleyiciler arasında yer almadı (Tablo 4).

TARTIŞMA

Bu çalışmada bipolar bozuklukta işlevselliğin sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede azalmış olduğu ve işlevselliğin dikkat ve plan yapamama dürtüselliklerinden olumsuz biçimde, motor dürtüsellik ve adaptif baş etme stratejilerinden olumlu biçimde etkilendiği tespit edilmiştir. Ayrıca bipolar bozukluk grubunda maladaptif baş etme stratejileri anlamlı derecede daha fazla olduğu ve motor dürtüsellik bipolar bozukluk grubunda daha fazla olduğu görülmüştür. Bulgularımızla uyumlu olarak bipolar bozuklukta işlevsellikte bozulma, özellikle hastalarının aile işlevselliklerinde (39), kişilerarası ilişkilerinde, boş zaman etkinliklerini değerlendirmede olmaktadır (40,41). Bipolar bozukluğu olan hastaların evlilik uyumlarının kötü olduğu (39) ve hastaların %45'inin mesleklerini bırakmak zorunda kaldıkları saptanmıştır (42).

Bipolar bozuklukta dürtüsellik remisyon dönemlerindeki hastalarda da sık görülmektedir ve işlevselliğin düşmesinde önemli bir boyuttur (43,44). Dürtüsellik olan bipolar bozukluğa sahip kişilerin eldeki işe odaklanmada hızlı ve otomatik bir davranış sergiledikleri, bu durumun da kişilerin plan ve organizasyon yapmalarında sorunlara neden olduğu bilinmektedir (43,44). Bu kişilerin hemen ödüle ulaşma istekleri, engellenme eşiklerinin düşük olması, riskli ve yeni faaliyetler arama eğiliminde olmaları, kişilerin maladaptif baş etme tutumlarını daha sıklıkla kullanmalarına neden olabilmektedir (44). Dolayısıyla dürtüsellik işlevselliği olumsuz biçimde etkilemesi beklenebilecek bir sonuçtur. Ayrıca daha az adaptif baş etme tutumları ve daha

fazla maladaptif tutumların kullanılmasının, depresyona eğilimin artmasına neden olduğu saptanmıştır (43). Depresif belirtilerin maladaptif baş etme tutumlarını daha fazla kullanmaya neden olması; maladaptif baş etmeyi daha fazla kullanmanın da depresyona eğilim yaratması paradoksal bir durum olabilmektedir ve hastalığın şiddetini arttırabilmektedir. Sonuç olarak bipolar bozuklukta dürtüsellik ve depresyon, maladaptif baş etme tutumlarının daha fazla kullanılmasını sağlayarak işlevselliği bozmaktadır. Bu yüzden bipolar bozukluğu olan hastaların tedavisinde işlevselliğin geliştirilebilmesinin yolunun dürtüsellik kontrol altına alınabilmesi, depresyonla etkin mücadele ve adaptif baş etme stratejilerinin desteklenmesini içermesi gibi hedefler isabetli görünmektedir.

Baş etme tutumlarıyla ilgili önceki çalışmalarda bipolar bozukluğu olan hastaların kendini suçlama, ruminasyon, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, madde kullanma, risk alma gibi baş etme tutumlarını daha sık kullandıkları görülmüştür (14,16). Ayrıca bipolar bozukluğu olan hastaların maladaptif baş etme tutumlarını sağlıklı kontrollere göre daha yüksek düzeyde daha fazla kullandıkları bildirilmiştir (46). Psikososyal müdahaleler ve psikoeğitimle uygun baş etme yöntemlerinin kazandırılması sayesinde, bipolar bozuklukta işlevselliğin düzelebildiği ve hastane yatışlarının azaldığı tespit edilmiştir (47). Adaptif baş etme tutumları, kişinin ailevi, mesleki, toplumsal sorunlarla karşılaştığında daha fazla sosyal destek alması, sorunu aktif olarak çözmek için daha fazla çaba sarf etmesi, daha fazla profesyonel yardım alması, hem çevre ile olan etkileşimini arttırabilir, hem de daha etkili yöntemler bulmasını sağlayabilir.

Bu çalışmanın kısıtlılıkları arasında örneklemin küçük olması ve özbidirime dayalı ölçeklerle çalışılmış olması gelmektedir. Bu kısıtlılıklar tip 1 hata olasılığını arttırmaktadır ancak sonuçların literatür ile uyumlu olması bu olasılığı düşürmektedir.

Bu çalışmada işlevselliğin dürtüsellik, baş etme tutumları ve klinik durumla ilgisi incelenmiştir ve sonuç olarak adaptif baş etme tutumlarının ve motor dürtüsellik işlevselliğe olumlu yönde ve dikkat ve plan yapamama dürtüselliklerinin ise olumsuz yönde

etkiledikleri görülmüştür. Remisyon dönemlerinde görülen nörobilişsel kayıpların da (21,48-50) psikopatolojik boyutlarla işlevselliği etkileme potansiyelleri olabilir ve gelecek çalışmalarda incelenmeleri yararlı olabilir (43). Psikopatolojik boyutlar terapötik müdahalelerle ele alınabileceklerinden tedavi planında önem taşımaktadırlar. Bu bulgular klinik iyileşmenin ötesinde işlevselliğin daha da geliştirilebilmesi amacıyla hedeflerin belirlenmesi açısından yararlı olabilir. Büyük örneklemlerle izlem çalışmalarının, bu süreçlerin daha iyi anlaşılmasına ve tedavide ele alınma biçimine ışık tutabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 2013.
- Malkoff-Schwartz S, Frank E, Anderson BP, Hlastala SA, Luther JF, Sherrill JT, Houck PR, Kupfer DJ. Social rhythm disruption and stressful life events in the onset of bipolar and unipolar episodes. *Psychol Med* 2000; 30:1005-1016. **[CrossRef]**
- Gutiérrez-Rojas L, Jurado D, Gurpegui M. Factors associated with work, social life and family life disability in bipolar disorder patients. *Psychiatry Res* 2011; 186:254-260. **[CrossRef]**
- Post RM, Leverich GS. The role of psychosocial stress in the onset and progression of bipolar disorder and its comorbidities: the need for earlier and alternative modes of therapeutic intervention. *Dev Psychopathol* 2006; 18:1181-1211. **[CrossRef]**
- Wicki W, Angst J. The Zurich Study. X. Hypomania in a 28-to 30-year-old cohort. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1991; 240:339-348. **[CrossRef]**
- de Codt A, Monhonval P, Bongaerts X, Belkacemi I, Tecco JM. Bipolar disorder and early affective trauma. *Psychiatr Danub* 2016; (Suppl.1):4-8.
- Yan-Meier L, Eberhart NK, Hammen CL, Gitlin M, Sokolski K, Altshuler L. Stressful life events predict delayed functional recovery following treatment for mania in bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2011; 186:267-271. **[CrossRef]**
- Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol* 1993; 44:1-21. **[CrossRef]**
- Werden EM. Religious identity as a coping resource. Department of Psychology, Miami: Miami University, 2001.
- Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980; 21:219-239. **[CrossRef]**
- Parikh SV, Velyvis V, Yatham L, Beaulieu S, Cervantes P, Macqueen G, Siotis I, Streiner D, Zaretsky A. Coping styles in prodromes of bipolar mania. *Bipolar Disord* 2007; 9:589-595. **[CrossRef]**
- Rohde P, Lewinsohn PM, Tilson M, Seeley JR. Dimensionality of coping and its relation to depression. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58:499-511. **[CrossRef]**
- Basco MR, Lard G, Myers DS, Tyler D. Combining medication treatment and cognitive-behavior therapy for bipolar disorder. *J Cogn Psychother* 2007; 21:7-15. **[CrossRef]**
- Fletcher K, Parker G, Manicavasagar V. The role of psychological factors in bipolar disorder: prospective relationships between cognitive style, coping style and symptom expression. *Acta Neuropsychiatr* 2014; 26:81-95. **[CrossRef]**
- Çuhadar D, Savaş HA, Ünal A, Gökpinar F. Family functionality and coping attitudes of patients with bipolar disorder. *J Relig Health* 2015; 54:1731-1746. **[CrossRef]**
- Coulston CM, Bargh DM, Tanius M, Cashman EL, Tufrey K, Curran G, Kuiper S, Morgan H, Lampe L, Malhi GS. Is coping well a matter of personality? A study of euthymic unipolar and bipolar patients. *J Affect Disord* 2013; 145:54-61. **[CrossRef]**
- Greenhouse WJ, Meyer B, Johnson SL. Coping and medication adherence in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2000; 59:237-241. **[CrossRef]**

Katkı Kategorileri	Yazarın Adı
Çalışma fikrinin geliştirilmesi	Z.K.A., M.İ.A.
Çalışmanın metodolojik olarak tasarımı	Z.K.A., M.İ.A.
Veri toplama ve işleme	Z.K.A., M.İ.A.
Verinin analizi ve yorumlanması	Z.K.A., M.İ.A.
Literatür araştırması	Z.K.A., M.İ.A.
Makalenin yazımı	Z.K.A., M.İ.A.
Makalenin gözden geçirilerek revize edilmesi	Z.K.A., M.İ.A.

Çıkar çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

18. Canbazoglu M, Akkaya C, Cangur S, Kırılı S. The effect of residual symptoms on clinical characteristics and functioning of patients with bipolar disorder in remission. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2013; 14:228-236. **[CrossRef]**
19. Jiménez E, Arias B, Castellví P, Goikolea JM, Rosa AR, Fa-anás L, Vieta E, Benabarre A. Impulsivity and functional impairment in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2012; 136:491-497. **[CrossRef]**
20. Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabarés-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and disability in bipolar disorder: An extensive review. *Psychother Psychosom* 2009; 78:285-297. **[CrossRef]**
21. Zarate CA, Tohen M, Land M, Cavanagh S. Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatr Q* 2000; 71:309-329. **[CrossRef]**
22. Eysenck SB, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br J Soc Clin Psychol* 1977; 16:57-68. **[CrossRef]**
23. Peluso MA, Hatch JP, Glahn DC, Monkul MS, Sanches M, Najt P, Bowden CL, Barratt ES, Soares JC. Trait impulsivity in patients with mood disorders. *J Affect Disord* 2007; 100:227-231. **[CrossRef]**
24. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Steinberg JL, Moeller FG. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1680-1687. **[CrossRef]**
25. Swann AC, Moeller FG, Steinberg JL, Schneider L, Barratt ES, Dougherty DM. Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disord* 2007; 9:206-212. **[CrossRef]**
26. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56-62. **[CrossRef]**
27. Akdemir A, Orsel S, Dag I, Turkcapar H, Iscan N, Ozbay H. Validity, reliability and clinical use of Hamilton Depression Rating Scale. *Journal of Psychiatry Psychology Psychopharmacology* 1996; 4:251-259.
28. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978; 133:429-435. **[CrossRef]**
29. Karadağ F, Oral ET, Yalçın FA, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 2001; 13:107-114.
30. Hamilton M. Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A). *Journal of Medicine* 1959; 61:81-82.
31. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 1998; 9:114-117.
32. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56:267-283. **[CrossRef]**
33. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:221-226.
34. Aydemir O, Eren I, Savaş H, Kalkan-Oğuzhanoglu N, Koçal N, Devrimci Ozgüven H, Akkaya C, Devrim Başterzi A, Karlıdağ R, Yenilmez C, Ozerdem A, Kora K, Tamam L, Gülseren S, Oral ET, Vahip S. Bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirlik ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Derg* 2007; 18:344-352.
35. Barratt ES, Patton JH. Barratt Impulsiveness Scale-11. In: *Handbook of Psychiatric Measures*, 1995.
36. Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, Stanford MS. Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 2008; 18:251-258.
37. Büyüköztürk, G. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı istatistik, araştırma deseni SPSS uygulamaları ve yorum. Ankara: Pegem Akademi, 2011.
38. Baron RM, Kenny DA. The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51:1173-1182. **[CrossRef]**
39. Taşdelen Ö, Köse-Çınar R, Taşdelen Y, Görgülü Y, Abay E. Marital adjustment and family functioning in bipolar disorder type I in comparison with rheumatoid arthritis. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2016; 19:167-175. **[CrossRef]**
40. Barrera Á, Vázquez G, Tannenhau L, Lolich M, Herbst L. Theory of mind and functionality in bipolar patients with symptomatic remission. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2013; 6:67-74. **[CrossRef]**
41. Izci F, Fınlık EK, Zincir S, Zincir SB, Koc MI. The differences in temperament and character traits, suicide attempts, impulsivity, and functionality levels of patients with bipolar disorder I and II. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12:177-184. **[CrossRef]**
42. Tohen M, Waternaux CM, Tsuang MT. Outcome in Mania. A 4-year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:1106-1111. **[CrossRef]**
43. Lijffijt M, Lane SD, Moeller GF, Steinberg JL, Swann AC. Trait impulsivity and increased pre-attentional sensitivity to intense stimuli in bipolar disorder and controls. *J Psychiatr Res* 2015; 60:73-80. **[CrossRef]**
44. Saddichha S, Schuetz C. Is impulsivity in remitted bipolar disorder a stable trait? A meta-analytic review. *Compr Psychiatry* 2014; 55:1479-1484. **[CrossRef]**

45. Kwon SM, Oei TPS. Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cogn Ther Res* 1992; 16:309-328. **[CrossRef]**
46. Parikh SV, Hawke LD, Zaretsky A, Beaulieu S, Patelis-Siotis I, MacQueen G, Young LT, Yatham L, Velyvis V, Bélanger C, Poirier N, Enright J, Cervantes P. Psychosocial interventions for bipolar disorder and coping style modification: similar clinical outcomes, similar mechanisms? *Can J Psychiatry* 2013; 58:482-486. **[CrossRef]**
47. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Martínez-Arán A. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry* 2009; 194:260-265. **[CrossRef]**
48. Atagün Mİ, Güntekin B, Maşalı B, Tülay E, Başar E. Decrease of event related delta oscillations in euthymic patients with bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2014; 223:43-48. **[CrossRef]**
49. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Yeşilbaş-Lordoglu D, Evren C. Lithium and valproate may affect motor and sensory speed in patients with bipolar disorder. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 2013; 23:305-314. **[CrossRef]**
50. Atagün Mİ. Brain oscillations in bipolar disorder and lithium-induced changes. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12:589-601. **[CrossRef]**