

# Remisyonda Bipolar Bozuklukta Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Bağlanma Biçimleri ve Klinik Özelliklerin İlişkisi



Özge ŞEN<sup>1</sup>, Eren YILDIZHAN<sup>2</sup>

## ÖZET

## SUMMARY

**Amaç:** Bipolar bozuklukta hastalık şiddeti ve klinik özellikler ile ilgili yordayıcı olma potansiyeli taşıyan belirsizliğe tahammülsüzlük ve bağlanma kavramlarının remisyondaki bipolar bozukluk hastalarında incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmamız kesitsel tipte tanımlayıcı bir çalışmadır. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerinde ayaktan takip edilen, çalışmaya dâhil edilme ve dışlama kriterlerini sağlayan, Young Mani Derecelendirme ve Hamilton Depresyon Derecelendirme ölçekleri kullanılarak remisyonda olduğu kaydedilen 150 bipolar bozukluk hastası çalışmaya alınmıştır. Klinik ve sosyodemografik veri formu, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12), İlişki Ölçekleri Anketi, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri 2 (YİYE-2), Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODASS 2.0) kullanılmıştır.

**Bulgular:** İki ve daha çok kez intihar girişimi olmuş hastalarda YİYE-2 kaçınmacı alt tipi puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ( $p=0,001$ ). YİYE-2 alt ölçeklerinden kaygılı puanlarının, BTÖ-12 alt ölçeklerinden ileriye yönelik kaygı puanları ile ( $p=0,000$ ) ve engelleyici kaygı ile ( $p=0,000$ ) pozitif yönde korele olduğu saptanmış; YİYE-2 (Kaçınmacı, Kaygılı), BTÖ-12 (İleriye Yönelik Kaygı, Engelleyici Kaygı) ve WHODASS 2.0 puanlarının dâhil edildiği basit doğrusal regresyon modelinin intihar girişimi sayılarını anlamlı düzeyde yordadığı görülmüştür.

**Sonuç:** Yakın ilişkilerde kaçınmacı, kaygılı bağlanma özelliklerine sahip, belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek ve yeti yitimi fazla olma durumlarının hepsinin birlikte yer aldığı bipolar bozukluk tanılı hastalarda intihar girişimi sayısının yüksek olması beklenir.

**Anahtar Sözcükler:** Bipolar bozukluk, belirsizlik, bağlanma, yeti yitimi, özkıyım

## Relationship of Intolerance of Uncertainty and Attachment Styles with the Clinical Features of Bipolar Disorder in Remission

**Objective:** The intolerance of uncertainty and attachment styles may predict the severity and clinical characteristics of bipolar disorder. In this study, we aimed to investigate these features in remitted bipolar patients.

**Method:** This cross-sectional descriptive study included 150 BPD patients who were followed up at the outpatient clinics of Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Research and Training Hospital for Psychiatric and Neurological Diseases. After the evaluation for the inclusion/exclusion criteria, scores on the Young Mania Rating Scale and the Hamilton Depression Rating Scale were determined to confirm the state of remission. A sociodemographic data form, the Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-12), the Relationship Scales Questionnaire (RSQ), the Inventory of Close Relationship Experiences 2 (ICRE-2), the Suicidal Behavior Questionnaire (SBQ) and the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS-2) were used to acquire data.

**Results:** Patients with a history of two or more suicidal attempts had significantly increased scores on the ICRE-2 avoidant subscale ( $p=0.001$ ). Their scores on the ICRE-2 anxious subscale positively correlated with those on the IUS-12 prospective anxiety ( $p=0.000$ ), and inhibitory anxiety ( $p=0.000$ ) subscales. The linear regression model including the scores on the ICRE-2 avoidant and anxious subscales, the IUS-12 prospective anxiety and inhibitory anxiety subscales and the WHODAS-2 was predictive of the number of suicide attempts.

**Conclusion:** The number of suicide attempts might be higher in BPD patients with avoidant or anxious attachment styles, high intolerance of uncertainty and high levels of disability.

**Keywords:** Bipolar disorder, uncertainty, attachment, disability, suicide

## GİRİŞ

Belirsizliğe tahammülsüzlük, belirsiz olay ve durumlar karşısında olumsuz yorumlamaya, duygusal, bilişsel ve davranışsal açıdan olumsuz cevap vermeye olan yatkınlık olarak

tanımlanır (Dugas ve ark. 2004). Belirsizliğe tahammülsüzlüğü fazla olan kişilerin gelecekte olacak olaylarla ilgili öngörülerinin olumsuz olduğu, belirsiz olayları olumsuz görmeye yatkın oldukları ve belirsizlikten diğer insanlara göre daha çok kaçındıkları belirtilmiştir (Buhr ve Dugas 2002).

**Geliş Tarihi:** 31.07.2019, **Kabul Tarihi:** 30.12.2019, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 05.05.2020

<sup>1</sup>Uzm., Hakkari Yüksekova Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bl., Hakkari, <sup>2</sup>Uzm., Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bl., İstanbul.

ÖŞ: <https://orcid.org/0000-0001-7010-2553>, EY: <https://orcid.org/0000-0002-5348-5326>

Dr. Eren Yıldızhan, e-posta: [erenyildizhan@hotmail.com](mailto:erenyildizhan@hotmail.com)

Görece yeni gelişen ve verinin artışıyla transdiagnostik bir kavram olarak birçok bozuklukla ilişkilendirilen belirsizliğe tahammülsüzlük kavramıyla ilgili bipolar bozukluğu olan hastalarda yapılmış bir çalışma henüz bulunmamaktadır. Belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı farkındalık temelli bilişsel davranışçı psikoterapilerin odaklandığı temel kavramlardan biridir. Remisyondaki unipolar ve bipolar duygudurum bozukluğu hastalarında farkındalık temelli bilişsel davranışçı psikoterapinin etkisini araştıran bir çalışmada hem bipolar hem unipolar bozukluk gruplarında eşikaltı depresif semptomlarda kontrol grubuna göre iyileşme saptanırken, bipolar bozukluk grubuna özel olarak anksiyete semptomlarında kontrol grubuna göre belirgin ve hızlı iyileşme saptandığı bildirilmiştir (Williams ve ark. 2008). Belirsizliğe tahammülsüzlük şiddetinin de, özellikle remisyon dönemindeki bipolar bozukluk hastaları için ilaç tedavisine ek olarak kullanılabilircek farkındalık temelli ve diğer bilişsel davranışçı psikoterapilerin etkinliklerinin ölçülmesinde işe yarayacak bir kullanımı olabileceği düşünülmektedir. Fakat bugüne kadar bipolar bozukluk tanılı hastalarda belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı ve ilişkili olabileceği olası durumları araştıran bir çalışma bulunmamaktadır.

Bipolar bozukluk tanısı olan kişilerin diğer insanlarla nasıl ilişki kurdukları birçok açıdan önemlidir, tedavi uyumunda (Ciechanowski ve ark. 2001) ve yinelemenin önlenmesinde (Miklowitz ve ark. 2005) kişiler arası ilişkilerin etkili olduğu gösterilmiştir. Duygudurum bozukluğu olan erişkinlerin kişilerarası ilişkilerini ve bu ilişkilerin içsel temsiliyi çalışmanın yollarından biri de erişkin bağlanma biçimini araştırmaktır (Bartholomew ve Horowitz 1991).

Bartholomew ve Horowitz (1991), Bowlby'nin bağlanma kuramı ve bireyin kendisinin ve başkalarının içsel çalışma modeli olan iki tipi temel alarak 4 bağlanma stili oluşturmuştur (Çalışır 2009). Güvenli bağlanma stilinde bireylerin hem kendileri hem de başkaları hakkında pozitif bakış açıları vardır. Saplantılı bağlanma stilinde bireyler kendilerine yönelik olumsuz, başkalarına yönelik ise olumlu düşünceleri olmakla birlikte yardım almaya olan gereksinimlerinin çok yüksek olduğuna inanmaları nedeni ile genellikle kaygılıdırlar (Erözkan 2004). Kayıtsız bağlanma stilinde bireyler kendini değerli hissetme ve sevilbilir olduğu duygusunu başkalarına karşı olumsuz beklentilerle birleştirirler (Jones 2005). Korkulu bağlanma stilinde ise bireylerin kendini değerli hissetmeme ve sevilmeye layık görmeme duygusu başkalarının olumsuz, güvenilmez, reddedici algılanmasına yönelik beklentilerle birleşir (Yıldızhan 2016).

Güvensiz bağlanma özellikleri bipolar bozukluk hastalarında kontrol grubuna göre daha yaygın bulunmuştur (Morriss ve ark. 2009). Bipolar bozukluk hastalarında ebeveynlerle bağların zayıf olmasının yineleme ve tedavi uyumunu etkilediği bulunmuştur (Joyce 1984). Hastalık remisyon döneminde bile öz saygı ve duygulanımda dengesizlik sağlıklı kontrollere göre yüksek saptanmış olup hastalığa yakınlığı ifade edebilir (Knowles ve ark. 2007). Bağlanma tipi ile depresif semptomlar arasında işlevsel olmayan tutumlar ve özsaygı puanları ile

ilişki kurulduğu saptanmıştır (Fuhr ve ark. 2017). Anksiyete semptomları, şizofreni ve bipolar spektrumu örneklemine yapılan çalışmalarda birincil tanıdan bağımsız biçimde mevcut duyguduruma ve kişilik özelliklerine bağlı bulunmuştur (Karpov ve ark. 2016). Morriss ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları çalışmada bipolar I bozukluk tanılı hastaların anksiyöz (kaygılı/kaçınan) bağlanma stili puanları sağlıklı bireylerden yüksek bulunmuştur. Kökçü ve Kesebir'in (2010) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı hastalarda güvensiz bağlanma stilinin görülme sıklığının, özellikle kaçınan bağlanma stili puanlarının sağlıklı bireylere göre yüksek olduğu görülmüştür. Cooper ve arkadaşlarının (1998) yılında yaptıkları çalışmada güvenli bağlanma stiline sahip hastaların en iyi uyum yeteneğine sahip ve en düşük düzeyde riskli davranışlar sergiledikleri tespit edilmiştir. Ayrıca, çalışmada kaygılı (saplantılı) bağlanma stiline sahip hastaların en düşük düzeyde uyum ve en yüksek düzeyde riskli davranışları olduğu, kaçınan bağlanma stiline sahip hastaların ise en yüksek düzeyde sorunlu davranışlar sergiledikleri saptanmıştır (Cooper ve ark. 1998).

Bipolar bozukluk tanılı hastaların genel topluma göre en az 15 kat daha yüksek kendini öldürme olasılığı olduğu bilinmektedir (Gonda ve ark. 2012). Duygudurum dönemleri, intihar fikirleri (Isometsä 2014) ve geçmiş intihar denemeleri (Gonda ve ark. 2012) intihar ile ölüm için en belli başlı belirleyicilerdir, bunun yanında umutsuzluk ve tepkisellik gibi kişilik özellikleri (O'Connor ve Nock 2014) ile yetişkin ve çocukluk çağı olumsuz yaşam olayları da (Norman ve ark. 2012, Van Orden ve ark. 2010) intihar davranışına yakınlıkta etkilidir. Duygudurum bozuklukları intihar fikirleri için öngörücü olsa da fikirden uygulamaya geçişte anksiyete ve bozulmuş dürtü kontrolü gibi özellikler öne çıkmaktadır (Isometsä ve Lönnqvist 1998). İntihar denemeleri ve intiharın tamamlanması açısından risk faktörlerini araştıran sistematik derlemeler şu klinik faktörlerin altını çizmektedir: Depresif semptomların ağırlığı ve komorbid anksiyete bozuklukları, B kümesi kişilik özellikleri, madde kullanım bozukluğu (Hawton ve ark. 2013) (Chesney ve ark. 2014). Kohler-Forsberg ve arkadaşlarının (2017) 482 bipolar bozukluk tanılı hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların ilaç tedavisi almalarına rağmen % 14'ünde intihar düşüncesinin halen devam ettiği görülmüştür (Köhler-Forsberg 2017).

Çalışmamızda test edilecek hipotezler: Bipolar bozukluğu olan hasta grubunda belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinden yüksek puan alanlarda güvensiz bağlanma tipi daha sık görülebiliyor olabileceği, bunun yanında belirsizliğe tahammülsüzlük şiddeti ve bağlanma özelliklerinin klinik özelliklerin yordayıcılarından biri olabileceğidir.

## YÖNTEM

### Çalışma Evreni ve Örneklemi

Araştırmaya, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ayaktan tedavi ünitelerinde tedavi görmekte olan, araştırma

kriterlerini karşılayan ve DSM 5 tanı kriterlerine göre bipolar bozukluk tanısı almış erkek ve kadın hastalar dâhil edilmiştir. Bipolar bozukluğu olan, Aralık 2018–Şubat 2019 tarihleri arasında ayaktan tedavi ünitelerinde tedavi gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan çalışma örnekleme oluşturmuştur. Çoklu regresyon analizlerinde orta düzeyde Etki Büyüklüğü hedeflemesine göre ( $F^2=0,15$ ),  $\alpha$  hata olasılığı 0,05 ve 1- $\beta$  hata olasılığı 0,95 olarak belirlenerek gerekli minimum örneklem sayısı hesaplanmıştır. 6 değişkenli çoklu regresyon modellemesine göre, 0,9506 güce sahip (kritik  $F=2,283$ ) analiz için minimum 138 örneklem sayısı sonucuna ulaşılmış ve bu çalışmanın örneklem büyüklüğü bu bilgiler ışığında 150 olarak kararlaştırılmıştır. Buna göre uygun polikliniğe başvuran hastalardan uygunluk kriterlerini karşılayan ardışık 150 hasta (sırayla) çalışmaya alınmıştır. Polikliniğe başvuran ve geçmişte de bipolar bozukluk tanısı olan hastaların sıra ile yönlendirilmeleri çalışmanın ikinci yazarı tarafından yapılmıştır, dışlama kriterlerine sahip hastalar yine ikinci yazar tarafından çalışma dışı bırakılmıştır. Hastalar ile klinik görüşmenin yapılarak bipolar bozukluk tanısının doğrulanması ve eş tanıların belirlenmesi sonrasında ölçeklerin uygulanması çalışmanın birinci yazarı tarafından yapılmıştır. Olguların şimdiki ve geçmişteki hastalık tanıları, DSM 5'e göre yapılan klinik görüşmeye ek olarak poliklinik kayıtları ve eğer hastaneye yatış var ise yatış ile ilgili tıbbi kayıtlar kontrol edilerek kesinleştirilmiştir. Olguların yaşam boyu madde kullanımını ile ilgili bilgileri, hastaların tıbbi kayıtlarından ve laboratuvar bulgularından elde edilmiştir. Hastaların remisyon halinde olduklarını kayıt altına almak için tanısız görüşmeden sonra manik ve depresif belirtileri değerlendiren ölçekler kullanılmıştır. Young Mani ve Hamilton Depresyon ölçekleri birinci yazar tarafından birer kez uygulanmıştır, kendisi bu ölçeklerin uygulanması ile ilgili Türkiye Psikiyatri Derneği İstanbul Şubesi Bahar Dönemi Eğitim Etkinlikleri bünyesinde 21.03.2015 tarihinde verilen eğitimi almıştır. Klinisyen tarafından uygulanan diğer ölçekler de yine birinci yazar tarafından, çalışmaya dâhil edilme ölçütlerine uyduğu belirlenen hastalara birer kez uygulanmıştır. Olgulardan sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Bu çalışma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden 06.11.2018 tarihinde 230 protokol no ile etik onay alınmıştır.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri: 18 - 65 yaşları arasında olmak, DSM-5'e göre bipolar bozukluk tanısı almış olmak, Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nde 5 ve 5'ten küçük puan almak, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nde 7 ve 7'den küçük puan almak, araştırmaya katılmayı kabul etmiş ve gönüllü onam formunu imzalamış olmak, okuma yazma biliyor olmak olarak belirlenmiştir. Remisyon durumunun en az 1 haftadır sürüyor olduğu poliklinik kayıtlarından ya da hastanın ailesi ile yapılan görüşmede alınan bilgilerden kontrol edilmiştir. Remisyon tanımının kullanılması için gerekli olan 1 hafta süresi Hirschfeld ve arkadaşlarının

(2007) bipolar bozukluk çalışma grubu görüşü dikkate alınarak belirlenmiştir.

Araştırmadan dışlama kriterleri: Genel tıbbi bir duruma bağlı mental bozukluğu olmak, mental retardasyonu veya organik mental bozukluğu olmak, şizofreni ve diğer psikotik bozuklukları olmak, madde kullanım bozukluğu tanısı almış olmak olarak belirlenmiştir.

Çalışmadaki bütün hastalar, geçmişte hastanemizin kayıtlarında bipolar bozukluk tanısı ile poliklinik başvurusu olan hastalardan oluşmaktadır. Buna karşın 2 kişi, geçmişte bipolar bozukluk tanısı olmasına karşın çalışmaya dâhil edilmemiştir, bu hastalarda nihai tanının şizofreni olduğu ortak kanaatine varılmıştır. Bu iki kişinin poliklinik kayıtları arasında şizofreni tanılarının da yine mevcut olduğu görülmüştür. 8 kişi ise madde kullanım bozukluğu tanısı olduğu saptanarak dışlama kriterleri uyarınca çalışma dışı bırakılmıştır. 10 kişi kriterlere uymasına karşın zaman ayıramayacağını söyleyerek çalışmaya katılmamıştır. Çalışmaya katılan 5 kişi bilişsel zorluklar ve konsantrasyon güçlükleri nedeni ile başladıktan sonra kendi istekleri ile ölçekleri tamamlamaktan vazgeçmişler ve değerlendirme dışı bırakılmışlardır. Geçmişte bipolar bozukluk tanısı olan ve remisyonunda olduğu kanaati ile ayrıntılı görüşmeler için yönlendirilen hastaların, Young Mani Derecelendirme Ölçeği ya da Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği yapıldıktan sonra da remisyonuna uygun puanlar aldıkları görülmüştür, yönlendirilen hastalardan remisyonunda olmadığı saptanan olmamıştır.

### Ölçme ve Değerlendirme Araçları

**Klinik ve sosyodemografik veri formu:** Çalışmanın amacına yönelik olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış, hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalığa ait verileri içeren ayrıntılı görüşme formudur. Geçmiş intihar girişim ve fikirlerini dört basamaklı biçimde (intihar fikri olmamış/hayat boyu intihar fikri olmuş ancak hiç denememiş/bir intihar denemesi/iki veya daha fazla intihar denemesi), daha önce Aaltonen ve arkadaşlarının (2016) çalışmalarında basamakladığı biçimde, kaydedilmiştir.

**Young Mani Derecelendirme Ölçeği:** Young ve arkadaşları tarafından 1978'de manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir (Young ve ark. 1978). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Karadağ ve ark. 2001). Çalışmamızda bu ölçek, hastaların manik belirtiler açısından remisyon durumunu kaydetmek amacı ile kullanılmıştır.

**Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği:** Hamilton tarafından, depresyon tanısı almış hastalarda, depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir (Hamilton 1960). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları

tarafından yapılmıştır (Akdemir ve ark. 1996). Çalışmamızda bu ölçek, hastaların depresif belirtiler açısından remisyon durumunu kaydetmek amacı ile kullanılmıştır.

**Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-12 (BTÖ-12):** Carleton ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 12 maddeden oluşan ve 2 alt ölçeği bulunan bir öz bildirim ölçeğidir. İlk 7 soru gelecekteki belirsiz olaylara yönelik bilişlerle ilişkili “ileriye yönelik kaygı” alt ölçeğinden, son 5 soru ise belirsizlikle ilgili endişe belirtileri ve davranışsal belirtilerle ilişkili “engelleyici kaygı” alt ölçeğinden oluşmaktadır. Ölçek 5’li Likert tipi ölçüm yapmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 12 ile 60 arasında değişmektedir, ölçeği belirlenmiş bir kesme puanı bulunmamaktadır, yükselen puanlar yüksek düzeyde belirsizliğe tahammülsüzlüğü göstermektedir. BTÖ-12’nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Sarıçam ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmıştır.

**İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA):** Griffin ve Bartholomew’un (1994) geliştirdiği İÖA, 30 maddeden oluşmaktadır ve farklı maddeler toplanarak dört bağlanma prototipini ölçmek amaçlanmaktadır. Katılımcıların, her bir maddenin kendilerini ve yakın ilişkilerdeki genel tutumlarını ne derece tanımladığını 7 basamaklı bir ölçek üzerinde işaretledikleri bir öz bildirim ölçeğidir. Güvenli ve kayıtsız bağlanma stilleri beşer maddeyle ölçülürken, saplantılı ve korkulu bağlanma stilleri dörder madde ile ölçülmektedir. Dört bağlanma stilini yansıtan sürekli puanlar bu stilleri ölçmeyi hedefleyen maddelerin toplanmasından ve bu toplamın her bir alt ölçekteki madde sayısına bölünmesinden elde edilmektedir. Böylece, alt ölçeklerden alınabilecek puanlar 1 ile 7 arasında değişmektedir. Bu yolla elde edilen sürekli puanlar katılımcıları bağlanma stilleri içerisinde gruplandırmak için de kullanılmaktadır. Gruplandırma sürecinde her bir katılımcı, en yüksek puana sahip olduğu bağlanma kategorisine atanmaktadır. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Nebi Sümer ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır (Sümer ve Güngör 1999).

**Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-2 (YİYE-2):** Yetişkin bağlanma boyutlarını ölçmek için 2000 yılında Fraley ve arkadaşları (2000) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkiye’deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında Selçuk ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçekte 18’i kaygı, 18’i kaçınma alt boyutlarını ölçen yedili Likert tipinde toplam 36 madde vardır. Betimleyici ve doğrulayıcı faktör analizleri YİYE-2’nin bağlanmada kaçınma ve kaygı davranışlarını temsil eden iki faktörlü bir yapıya sahip olduğunu göstermiştir (Selçuk ve ark. 2005).

**İntihar Davranış Ölçeği (İDÖ):** 1981 yılında Linehan ve Nielsen (1981) tarafından geliştirilen, dört maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir. 1. Madde: “intihar plan ve girişimi” geçmişe ait intihar öyküsü ile ilgili olup 0 ile 5 puan arasında değerlendirilir. 2. Madde: “intihar düşüncesi” ile ilgili olup 0-4 arası puanlanır. 3. Madde: “intihar tehdidi” ile ilgili olup iki seçenekten oluşur, 0 veya 1 olarak puanlanır. 4. Madde:

“intiharın tekrar edilebilirliği” ile ilgili olup beş seçenekten oluşmaktadır ve 0-4 arasında puanlanır. İntihar davranışı ölçeğinden alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan 14’tür. Alınan en yüksek puan en ciddi intihar davranışı olduğunu belirtmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Bayam ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır.

**Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi 2.0 (WHODAS 2.0):** Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen, genel popülasyonda ve klinik pratikte yetiyitiminin ölçülmesini sağlayan bir değerlendirme aracıdır. Görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçek olan Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi 2.0 (WHODAS 2.0) Türkçe formunun şizofreni hastalarında geçerlik ve güvenilirlik çalışması Uluğ ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır. Ancak ölçeğin son sürümü olan WHODAS 2.0’ın görüşmeci formunun yanı sıra öz bildirim ve vekil formları (hasta yakınının verdiği bilgiler doğrultusunda doldurulan) da bulunmaktadır. WHODAS 2.0’ın tüm versiyonlarının (hasta, vekil veya görüşmeci tarafından doldurulan 12 ve 36 soruluk formlar) Türkçeye çevrilmesi, psikiyatri hastalarından oluşan klinik örneklem ve sağlıklı gönüllülerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kunt ve Dereboy (2018) tarafından yapılmıştır. Çalışmamızda ölçeğin görüşmeci tarafından uygulanan tipi kullanılmıştır.

## İstatistiksel Analiz

Çalışma sonucu elde edilen verilerin analizinde IBM SPSS, Mac Sürüm 20.0.0 programı kullanılmıştır. Çalışmada geçerliliği sınanacak temel hipotezler için çoklu lineer regresyon analizi kullanılmıştır. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda klinik yordayıcılığı olacağı hipotezlerde belirtilen güvenli bağlanma, saplantılı bağlanma, kayıtsız bağlanma, korkulu bağlanma, ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı olmak üzere 6 ana değişken ifade edilmiştir. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği alt ölçek puanlarının ve WHODASS puanlarının, intihar girişimi sayısını yordamasını ve bu modele yaş, hastalık süresi, epizod sayısı ve ek psikiyatrik tanı olup olmasının katkısını belirlemek adına basamaklı lineer regresyon analizi uygulanmıştır. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği alt ölçek puanlarının ve WHODASS puanlarının, intihar girişimi sayısını yordamasını ve bu modele yaş, hastalık süresi, epizod sayısı ve ek psikiyatrik tanı olup olmasının katkısını belirlemek adına basamaklı lineer regresyon analizi uygulanmıştır. Ayrıca, örneklem büyüklüğünün saptanmasında G\*Power 3.0.10 programı kullanılmıştır.

## BULGULAR

### Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Çalışmaya alınan hastaların 94’ü (%62,7) kadın, 56’sı ise (%37,3) erkektir. Çalışmada, herhangi bir işte çalışan 53

**Tablo 1.** Katılımcıların Demografik ve Klinik Verilerine Dair Frekans Dağılımları

		Sayı	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	94	62,7	
	Erkek	56	37,3	
Çalışma durumu	Çalışıyor	53	35,3	
	Öğrenci	16	10,7	
	Çalışmıyor	81	54,0	
Medeni durum	Bekâr	70	46,7	
	Evli	65	43,3	
	Dul	1	0,7	
	Boşanmış	13	8,7	
Evde kiminle yaşıyor?	Ailesiyle yaşıyor	143	95,3	
	Yalnız yaşıyor	7	4,7	
	Ayrı yaşıyor	1	0,7	
Sigara kullanımı	Yok	73	48,7	
	Var	77	51,3	
Alkol kullanımı	Yok	145	96,7	
	Var	5	3,3	
Kannabis kullanımı	Yok	148	98,7	
	Var	2	1,3	
Genel seyir (N=146)	Ataklar arası tam düzelme	115	78,8	
	Tam düzelme olmayan kısmi işlevsellik	25	17,1	
	Ataklar arası işlevsellik kötü	6	4,1	
Poliklinik kontrolüne kiminle geliyor (N=147)	Yalnız	83	56,5	
	Ailesiyle	64	43,5	
Düzenli poliklinik kontrolü (N=148)	Var	146	98,6	
	Yok	2	1,4	
	Min.	Maks.	Ortalama	SS
Yaş	19	70	37,33	11,43
Toplam eğitim yılı	0	51	10,38	5,62
Hastalık başlangıç yaşı	11	53	25,69	8,91
Hastalık toplam süre	1	47	11,43	8,51
Hastane yatış sayısı	0	20	2,18	2,86
Atak sayısı/yıl	0,1	10	1,07	1,12
Toplam atak sayısı	1	60	8,16	9,8
Aynı ilaçları aldığı süre toplamı (ay)	1	480	37,97	60,01
Remisyon süresi (ay) (medyan:12)	0	480	24,33	44,90

kişi (%35,3), öğrenci olan 16 kişi (%10,7) ve herhangi bir işte çalışmayan 81 kişi (% 54,0) yer almaktadır. Hastaların yaşları ortalama  $37,33 \pm 11,43$  olarak ve eğitim yılları ortalama  $10,38 \pm 5,62$  olarak belirlenmiştir. Hastaların 70'i bekâr (%46,7), 65'i evli (%43,3), 1'i dul (%0,7), 13'ü boşanmış (%8,7) ve 1'i (%0,7) ayrı yaşamaktadır. Hastaların 143'ü (%95,3) ailesiyle yaşıyor, 7'si ise (%4,7) yalnız yaşamaktadır. Çalışmaya alınan hastaların hastalıklarının genel seyirine bakıldığında ataklar arası tam düzelme olan 115 kişi (% 78,8), tam düzelme olmayan kısmi işlevsellik gösteren 25 kişi (%17,1) ve ataklar arası kötü işlevsellik gösteren 6 kişi (%4,1) yer almaktadır. 83 kişi (%56,5) poliklinik kontrolüne yalnız gelirken, 64 kişi (%43,5) ise ailesiyle gelmektedir (Tablo 1).

Hastalık başlangıç yaşı ortalama  $25,69 \pm 8,91$  iken, toplam hastalık süreleri ise  $11,43 \pm 8,51$  olarak saptanmıştır. Hastaların aynı ilaçları aldığı süre ortalama  $37,97 \pm 60,01$  ay olarak belirlenirken, remisyon süreleri ise ortalama  $24,33 \pm 44,90$  ay (medyan: 12, çeyrekler arası genişlik: 18) olarak saptanmıştır. Geçmişteki manik dönem sayısı ortalama  $3,93 \pm 4,28$ , depresif dönem sayısı  $3,32 \pm 4,00$  ve hipomanik dönem sayısı ise  $4,08 \pm 7,39$  olarak belirlenmiştir. Hastaların toplam atak sayısının  $8,03 \pm 9,84$  (minimum:1, maksimum:60 atak) olduğu görüldü. Tek atak öyküsü olan 16 kişi, 2 atak öyküsü olan 10 kişi, 3 atak öyküsü olan 21 kişi vardı. 34 hastanın ise 10 veya daha fazla atak öyküsü bulunmaktaydı. Psikiyatrik hastane yatışı sayıları ise  $2,18 \pm 2,86$  olarak saptanmıştır.

Çalışmaya dâhil edilen hastaların 14'ünde eş tanı saptanmıştır; bunların anksiyete bozukluğu (n=7), obsesif kompulsif bozukluk (n=6) ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (n=1) olduğu görülmüştür.

### Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Bağlanma Biçimleri ve İntihar Düşüncesi Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmada hastalara uygulanan YİYE-2 ve BTÖ-12 alt ölçek puanlarının intihar fikrine göre farklılıklarını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Karşılaştırılan gruplarda intihar fikri olmamış 90 hasta, intihar fikri olmuş ancak hiç denememiş 22 hasta, bir kez intihar girişimi olmuş 26 hasta ve iki ve daha çok kez intihar girişimi olmuş 12 hasta yer almaktadır. Yapılan analizlerde, YİYE-2 alt boyutlarından kaçınmacı puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [F(146, 3)=6,232; p=0,001]. Yapılan post-hoc analizi (LSD) sonrasında ise iki ve daha çok kez intihar girişimi olmuş hastaların YİYE-2 kaçınmacı puanlarının (X=4,32); intihar fikri olmamış hastaların puanlarından (X=3,01), intihar fikri olmuş ancak hiç denememiş hastaların puanlarından (X=3,01) ve bir kez intihar girişimi olmuş hastaların puanlarından (X=3,17) anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Dört tip bağlanma biçimi gösteren hastalar arasında belirsizliğe tahammülsüzlük ve yetiyitimi bağlamında farklılık olup olmadığını belirlemek için BTÖ-12 alt ölçek puanları

**Tablo 2.** İntihar Fikrine Göre Bağlanma ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Puanlarının Karşılaştırılması

	İntihar Fikri	Ortalama	Standart Sapma	F (p)	Farklılık (LSD)	
YİYE-2	Kaçınmacı	1- İntihar fikri olmamış	3,01	1,06	<b>6,232*</b> (,001)	4>1 4>2 4>3
		2- İntihar fikri olmuş ancak hiç denememiş	3,01	1,04		
		3- İntihar girişimi bir kez	3,17	,85		
		4- İntihar girişimi iki ve daha çok kez	4,32	,79		
	Kaygılı	İntihar fikri olmamış	3,52	1,25	2,120 (,100)	-
		İntihar fikri olmuş ancak hiç denememiş	3,72	1,24		
		İntihar girişimi bir kez	3,47	1,19		
		İntihar girişimi iki ve daha çok kez	4,44	1,23		
BTÖ-12	İleriye Yönelik Kaygı	İntihar fikri olmamış	21,02	7,12	,583 (,627)	-
		İntihar fikri olmuş ancak hiç denememiş	23,13	5,94		
		İntihar girişimi bir kez	21,23	6,25		
		İntihar girişimi iki ve daha çok kez	21,00	7,27		
	Engelleyici Kaygı	İntihar fikri olmamış	13,40	5,67	,823 (,483)	-
		İntihar fikri olmuş ancak hiç denememiş	14,50	5,04		
		İntihar girişimi bir kez	13,03	5,27		
		İntihar girişimi iki ve daha çok kez	15,66	7,59		

YİYE-2: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-2, BTÖ-12: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği-12, df (146, 3)

ile WHODASS 2.0 puanlarına yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Karşılaştırılan gruplarda, 24 hasta güvenli bağlanma, 39 hasta korkulu, 24 hasta saptanmış ve 61 hasta kayıtsız bağlanma grubunda yer almaktadır. Bağlanma biçimleri arasında BTÖ-12 alt ölçek puanları ile WHODASS 2.0 puanlarına dair anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

İDÖ, YİYE-2 ve BTÖ-12 alt ölçekleri ve hastalıkla ilgili klinik verilerinin birbirleriyle olan ilişkisini belirlemek amacıyla korelasyon analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre; hastaların hastalık toplam süreleri, hastane yatış sayıları ile ( $r=0,366$ ;  $p=0,000$ ), BTÖ-12 alt ölçeklerinden ileriye yönelik kaygı puanları ile ( $r=0,180$ ;  $p=0,031$ ) ve engelleyici kaygı ile ( $r=0,167$ ;  $p=0,045$ ) pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkilidir. Hastaların yıl bazında atak sayılarının da BTÖ-12 alt ölçeklerinden engelleyici kaygı ile ( $r=0,253$ ;  $p=0,009$ ) pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Hastaların YİYE-2 alt ölçeklerinden kaygılı puanlarının, BTÖ-12 alt ölçeklerinden ileriye yönelik kaygı puanları ile ( $r=0,398$ ;  $p=0,000$ ) ve engelleyici kaygı ile ( $r=0,371$ ;  $p=0,000$ ) pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Hastaların İDÖ puanlarının ise YİYE-2 alt ölçeklerinden kaygılı puanları ile ( $r=0,264$ ;  $p=0,001$ ), BTÖ-12 alt ölçeklerinden ileriye yönelik kaygı puanları ile ( $r=0,241$ ;  $p=0,003$ ) ve engelleyici kaygı ile ( $r=0,173$ ;  $p=0,035$ ) pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

### Yakın İlişkilerde Yaşantılar, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Genel İşlevsellik Puanları ile Klinik Verilerin İntihar Fikrini Yordayıcılığına Dair Regresyon Analizi

Hastalara uygulanan Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği alt ölçek puanlarının ve WHODASS puanlarının, intihar fikri olup olmasını

**Tablo 3.** Klinik Özellikler, İDÖ, YİYE-2 ve BTÖ-12 ölçekleri korelasyon analizi

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Hastalık toplam süre	-							
2 Hastane yatış sayısı	,366**	-						
3 Atak sayısı/yıl	,024	,008	-					
4 İntihar Davranışları Ölçeği	-,017	-,082	,102	-				
5 YİYE-2	Kaçınmacı	-,004	,143	-,126	,148	-		
	Kaygılı	,092	,117	,054	,264**	,381**	-	
7 BTÖ-12	İleriye Yönelik Kaygı	,180*	-,016	,173	,241**	-,061	,398**	-
	Engelleyici Kaygı	,167*	-,049	,253**	,173*	,084	,371**	,605**

YİYE-2: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri 2, BTÖ-12: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği 12  
N: 149, \*:  $p<0,05$ , \*\*:  $p<0,01$

**Tablo 4.** Yakın İlişkilerde Yaşantılar, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Genel İşlevsellik Puanları ile Klinik Verilerin İntihar Fikrini Yordayıcılığına Dair Basamaklı Lojistik Regresyon Analizi

		B	S.H	Wald	p	Exp (B)
I. Basamak: Omnibus Testi: X <sup>2</sup> : 10,992, p: ,027, -2 Log Olasılık: 156,985, Nagelkerke R <sup>2</sup> : ,114	Sabit	-,222	,680	,106	,744	,801
	Cinsiyet	,370	,411	,812	,368	1,448
	Ek Psikiyatrik Tanı	-,347	,591	,345	,557	,707
	Hastalık Süresi	-,064	,032	4,129	,042	,938
	Epizod Sayısı	,079	,029	7,266	,007	1,082
II. Basamak: Omnibus Testi: X <sup>2</sup> : 6,300, p: ,287	Sabit	-1,303	1,134	1,320	,251	,272
	Cinsiyet	,282	,428	,435	,509	1,326
	Ek Psikiyatrik Tanı	-,600	,630	,908	,341	,549
	Hastalık Süresi	-,075	,033	4,980	,026	,928
	Epizod Sayısı	,091	,032	7,878	,005	1,095
	YİYE-Kaçınmacı	,402	,218	3,384	,066	1,494
	YİYE-Kaygılı	,119	,189	,393	,531	1,126
	BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı	,018	,041	,188	,664	1,018
	BTÖ-Engelleyici Kaygı	-,018	,049	,130	,719	,982
	WHODASS	-,044	,030	2,186	,139	,957

Model Toplamı: Omnibus Testi: X<sup>2</sup>: 17,292, p: ,044, -2 Log Olasılık: 150,684, Nagelkerke R<sup>2</sup>: ,175, Hosmer ve Lemeshov Testi: X<sup>2</sup>: 4,587, p: ,801, Bağımlı Değişken: İntihar Fikri Var/Yok

yordamasını ve bu modele cinsiyet, hastalık süresi, epizod sayısı ve ek psikiyatrik tanı olup olmamasının katkısını belirlemek adına basamaklı lojistik regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 4). Modelde intihar fikri olup olmaması kategorik bağımlı değişken olarak belirlenmiştir. Yaş, hastalık süresi, epizod sayısı ve ek psikiyatrik tanı olup olmaması birinci basamakta; Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri puanları (kaçınmacı, kaygılı), Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği puanları (ileriye yönelik kaygı, engelleyici kaygı) ve WHODASS puanları da bunlara ek olarak ikinci basamakta bağımsız değişken olarak belirlenmiştir.

Tüm bağımsız değişkenler birlikte eşitliğe dâhil edildiği lojistik regresyon modelinin birinci basamakta; (-2 Log) olasılık değerinin 156,985 ve Nagelkerke R<sup>2</sup> değerinin 0,114 olduğu saptanmış ve bu basamaktaki modelin, intihar fikri olup olmaması değişkenlerindeki yanıt olasılıklarını anlamlı düzeyde açıkladığı saptanmıştır (X<sup>2</sup>:10,992; p<0,05). Regresyon katsayılarına bakıldığında ise hastalık süresi (Wald:4,129) ve epizod sayısının (Wald:7,266) pozitif yönde anlamlı düzeyde yordayıcı olduğu görülmüştür.

İkinci basamakta ise bu değişkenlere ek olarak Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri puanları (kaçınmacı, kaygılı), Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği puanları (ileriye yönelik kaygı, engelleyici kaygı) ve WHODASS puanları eklenmiş ve yeni modelin bütünün, (-2 Log) olasılık değerinin 150,684 ve Nagelkerke R<sup>2</sup> değerinin 0,175 olduğu saptanmış ve bu modelin, intihar fikri olup olmaması değişkenlerindeki yanıt olasılıklarını anlamlı düzeyde açıkladığı saptanmıştır (X<sup>2</sup>:17,292; p<0,05). İkinci basamakta dâhil edilen ölçek puanlarının modele katkısının anlamlı seviyede olmadığı saptanmıştır (X<sup>2</sup>:6,300; p>0,05). Toplam modelin, regresyon katsayılarına

bakıldığında ise yine hastalık süresi (Wald:4,980) ve epizod sayısının (Wald:7,878) pozitif yönde anlamlı düzeyde yordayıcı olduğu görülmüştür.

#### **Yakın İlişkilerde Yaşantılar, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Genel İşlevsellik Puanları ile Klinik verilerin İntihar Girişimi Sayısını Yordayıcılığına Dair Regresyon Analizi**

Hastalara uygulanan Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği alt ölçek puanlarının ve WHODASS puanlarının, intihar girişimi sayısını yordamasını ve bu modele yaş, hastalık süresi, epizod sayısı ve ek psikiyatrik tanı olup olmamasının katkısını belirlemek adına basamaklı lineer regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 5). Modelde intihar girişimi sayısı bağımlı değişken olarak belirlenmiştir. Yaş, hastalık süresi, epizod sayısı ve ek psikiyatrik tanı olup olmaması birinci basamakta; Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri puanları (kaçınmacı, kaygılı), Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği puanları (ileriye yönelik kaygı, engelleyici kaygı) ve WHODASS puanları da bunlara ek olarak ikinci basamakta bağımsız değişken olarak belirlenmiştir.

Tüm bağımsız değişkenler birlikte eşitliğe dâhil edildiği regresyon modelinin birinci basamakta intihar girişimi sayısı değerlerindeki varyansın yaklaşık %10'unu (R<sup>2</sup>=0,095) açıkladığı ve anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır [F(4,119)=3,140; p<0,05]. İlk basamakta regresyon katsayılarına göre epizod sayısının intihar girişimi sayısını anlamlı düzeyde ( $\beta$ =0,365; p<0,05) pozitif yönde yordadığı saptanmıştır.

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri puanları (kaçınmacı, kaygılı), Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği puanları (ileriye

**Tablo 5.** Yakın İlişkilerde Yaşantılar, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Genel İşlevsellik Puanları ile Klinik Verilerin İntihar Girişimi Sayısını Yordayıcılığına Dair Lineer Regresyon Analizi

		B	$\beta$	t	p	İkili r	Kısmi r
I. Basamak: R= ,309 R <sup>2</sup> = ,095 R <sup>2</sup> adj= ,065 F(4,119)=3,140 p:0,017	Sabit	1,741		2,693	,008		
	Yaş	-,014	-,078	-,717	,475	-,066	-,063
	Ek Psikiyatrik Tanı	-,006	-,001	-,010	,992	-,001	-,001
	Hastalık Süresi	-,035	-,142	-1,152	,252	-,105	-,100
	Epizod Sayısı	,075	,365	3,463	,001	,303	,302
II. Basamak: R <sup>2</sup> değişimi= ,079 F(5,114)=2,192 p:0,060	Sabit	,189		,192	,848		
	Yaş	-,022	-,120	-1,052	,295	-,098	-,089
	Ek Psikiyatrik Tanı	-,044	-,007	-,077	,939	-,007	-,007
	Hastalık Süresi	-,031	-,126	-1,027	,306	-,096	-,087
	Epizod Sayısı	,070	,344	3,187	,002	,286	,271
	YİYE-Kaçınmacı	,086	,044	,446	,656	,042	,038
	YİYE-Kaygılı	,273	,172	1,596	,113	,148	,136
	BTÖ-İleriye Yönelik Kaygı	,058	,195	1,548	,124	,144	,132
	BTÖ-Engelleyici Kaygı	-,063	-,169	-1,431	,155	-,133	-,122
WHODASS	,018	,069	,705	,482	,066	,060	

Model Toplam: R= ,418; R<sup>2</sup>= ,175; R<sup>2</sup>adj= ,110; F (9,114)=2,684; p:0,007  
Bağımlı Değişken: İntihar Girişimi Sayısı

yönelik kaygı, engelleyici kaygı) ve WHODASS puanlarının ikinci basamakta bağımsız değişken olarak eklendiği modelin ise intihar girişimi sayısındaki varyansı açıklamada anlamlı bir değişime (R<sup>2</sup>=0,079) sahip olmadığı belirlenmiştir [F(5,114)=2,192; p>0,05]. Modelin tamamının ise intihar girişimi sayısı değerlerindeki varyansın yaklaşık %18'ini (R<sup>2</sup>=0,175) açıkladığı ve anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır [F(9,114)=2,684; p<0,01]. Modelin tamamında regresyon katsayılarına göre epizod sayısının intihar girişimi sayısını anlamlı düzeyde ( $\beta=0,344$ ; p<0,05) pozitif yönde yordadığı saptanmıştır.

## TARTIŞMA

Çalışmamızda bağlanma tiplerini ölçen YİYE-2 alt boyutlarından kaçınmacı bağlanma puanları ile intihar düşüncesi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu, iki ve daha çok kez intihar girişimi olmuş hastalarda YİYE-2 kaçınmacı alt tipi puanları anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,001). Bağlanmayı ayırıştırıcı YİYE-2 alt ölçeklerinden kaygılı puanlarının, BTÖ-12 alt ölçeklerinden ileriye yönelik kaygı puanları ile ( $r=0,398$ ; p=0,000) ve engelleyici kaygı ile ( $r=0,371$ ; p=0,000) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Belirsizliğe tahammülsüzlük, bağlanma ve diğer klinik değişkenlerin dâhil edildiği regresyon modellerinde ise geçirilmiş epizod sayısının hem intihar fikri hem de intihar girişimi için; hastalık süresinin ise intihar fikri için yordayıcı bir değişken olarak ortaya çıktığı görülmüştür.

Bipolar bozukluk tanılı bireylerde güvensiz bağlanma stili yaygın görülmekte olup, kötü klinik sonuçlarla ilişkilendirilmektedir. Greenberg'in 2014 yılında yaptığı çalışmada güvensiz bağlanma stiline sahip bireylerde depresyon ve kötü psiko-sosyal işlevselliğin daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşmıştır (Greenberg 2014). Bipolar bozukluk tanılı bireylerin bağlanma stili, hasta-hekim ilişkisini, tedavi önerilerini, hastalığın klinik seyrini ve hastanın tedaviye uyumunu etkileyebilmektedir. Yazına baktığımızda güvenli bağlanma stiline sahip hastaların tedavi sürecine uyumlarının ve koruyucu sağlık davranışlarının daha olumlu olduğu gözlenmektedir (Cassis ve ark. 2018). Ancak, bipolar bozukluk tanılı bireylerin yalnızca % 11 ila % 22'sinin güvenli bağlanma stiline sahip oldukları tahmin edilmektedir (Greenberg 2014). Çalışmamızda da hastaların % 16,6'sının güvenli, % 26,9'unun korkulu, % 15,9'unun saplantılı ve % 40,7'sinin kayıtsız bağlanma stiline sahip oldukları tespit edilmiştir. Morriss ve arkadaşlarının (2009) bipolar bozukluk tanılı hastalarla yaptıkları çalışmada Bartholomew ve Horowitz İlişki Anketi ile hastaların ve sağlıklı bireylerin bağlanma stilleri belirlenmiş olup, bipolar bozukluk tanılı hastaların anksiyöz bağlanma stili (kaygılı ve sosyal kaçınan bağlanma stili) puanları sağlıklı bireylerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kökçü ve Kesebir (2010) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı hastalarda güvensiz bağlanma stiline görülme sıklığının, özellikle kaçınan bağlanma stili puanlarının sağlıklı bireylerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kefeli ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı hastaların % 35'inin güvenli, % 17,5'inin kaçınan, % 25'inin endişeli, % 22,5'inin korkulu bağlanma stiline sahip oldukları tespit edilmiş olup, sağlıklı bireylerde güvenli bağlanma stiline daha fazla olduğu



gözenmiştir. Yazında yer alan çalışmalarda bipolar bozukluk tanılı hastaların sağlıklı bireylere göre daha fazla güvensiz bağlanma stiline sahip oldukları görülmekte olup, çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar yazın ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda intihar girişimi iki ve daha çok kez olmuş hastaların YİYE-2 Kaçınmacı puanları diğer üç gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu şekilde kaçınan bağlanma, intihar girişimlerini artıran birincil bir faktör olmayıp, tedaviye ulaşımı engelleyerek dolaylı biçimde intihar girişimlerinin fazla olması sonucunu ortaya çıkarıyor olabilir. Kaçınmacı biçimde güvensiz bağlanma özellikleri gösteren hastaların yardım arayışları daha az olabilir ve bu nedenle de kendilerine sunulabilecek tedavi olasılıklarını talep etmiyor ya da daha az talep ediyor olabilirler. Sonuç olarak tedavi düzenlemeleri ya da psikososyal yardımlar ile önlenilecek intihar girişimleri, yardıma ulaşma motivasyonundaki bu eksiklik nedeni ile önlenemiyor olabilir. Buna göre tedavi talebi ve yakınması kategorik olarak az olabilecek bu hasta grubunda, hasta tarafından gündeme getirilmemiş olsa bile intihar fikirleri ile ilgili değerlendirmeyi görüşmenin değişmez bir parçası yapmak işe yarayabilir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük iki alt boyut ile tanımlanabilmektedir: İleriye yönelik (prospective) kaygı ve engelleyici (inhibitory) kaygı. İlki belirsiz geleceğin getirebileceği tehlikelerin algılanışını, ikincisi belirsizliğe yönelik kaygının davranışsal belirtilerini ifade eder (Carleton ve ark. 2007). Çalışmamız sonuçlarına göre ileriye yönelik kaygı hastalık süresi ve hastaneye yatış sayıları ile ilişkili; engelleyici kaygı ise hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı ve atak sayılarının her üçü ile de ilişkilidir. Hastalık toplam süreleri, hastane yatış sayıları, atak sayıları fazla olan hastaların belirsizliğe tahammülsüzlükleri yüksek olma eğilimindedir. Bu analizde, r değerlerinin 0,30'dan küçük olduğunun ve söz konusu korelasyonun küçük bir etkiye karşılık geldiğinin altı çizilmelidir. Başlangıçta yaygın anksiyete bozukluğunun (Dugas ve ark. 2004) öngörücüsü olarak çalışılan bir kavram olan belirsizliğe tahammülsüzlüğün son yıllarda diğer anksiyete bozuklukları, depresyon (Carleton 2012, Carleton ve ark. 2012, Mahoney ve ark. 2012), obsesif kompulsif bozukluk (Toffolo ve ark. 2014), psikotik bozukluklar (Broome ve ark. 2007), opiyat bağımlılığı (Garami ve ark. 2017) gibi birçok patolojiyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Depresyon ve anksiyete bozuklukları için transdiagnostik bir risk faktörü olarak değerlendirilir (Einstein 2014). Çalışmamız verilerine göre belirsizliğe tahammülsüzlük, bipolar bozukluğun atak sayısı ve hastalık süresi gibi kroniklik göstergesi olan değişkenleri ile ilişkilidir.

Remisyonu Hirschfeld ve arkadaşları (2007) 1 hafta süresince manik ya da depresif belirtilerin yokluğu ya da minimal olması olarak tanımlamışlardır. 8 haftadan uzun süren remisyon için ise “kalıcı (sustained) remisyon” terimini kullanmışlardır. Çalışmamızdaki 1 hastanın remisyon süresi 1 aydan kısadır (3 hafta); 10 hastanın ise remisyon süresi 2 aydan kısadır. Buna

göre 11 hastanın “erken remisyon” döneminde olduğunu söyleyebiliriz. Bağlanma özellikleri ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün erken remisyon dönemi ve kalıcı remisyon döneminde farklı olacağına dair yazında bir veri yoktur. Bu özellikler, duygudurum gibi hızlı değişen fenomenler değil, kişilik özellikleri gibi değişime nispeten dirençli faktörlerdir (Scott ve ark. 2009, Radell ve ark. 2016). Erken remisyon dönemindeki hastalarımızın sayısı iki grup arasında bir karşılaştırma yapmamıza izin verecek büyüklükte değildir.

Çalışmamızda kaygılı bağlanmanın (YİYE-2 alt ölçeklerinden kaygılı puanlarının), belirsizliğe tahammülsüzlüğün her iki boyutu ile de anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu sonuç bipolar bozuklukta belirsizliğe tahammülsüzlük ve bağlanma özellikleri ilişkisini gösteren yazındaki ilk çalışma olması açısından önemlidir. Klinik olmayan örneklerde yapılan çalışmalar belirsizliğe tahammülsüzlüğün kaygı ile ilişkisini göstermektedir (Dugas ve ark. 2001, Khawaja ve Chapman 2007, Meeten ve ark. 2012); bunun yanında yeme bozuklukları gibi diğer tanıları olan hastalardan gelen veriler ışığında güvensiz bağlanma stiline yüksek belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini öngördüğü saptanmıştır (Sternheim ve ark. 2017). Uzun ve Karataş (2018), bireylerin yaşadıkları olaylara karşı geliştirdikleri kaygı ile ilgili olumlu ve olumsuz inançlarının belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini arttırdığı tespit etmişlerdir. Buhr ve Dugas (2006) belirsizliğe tahammülsüzlüğün kaygının güçlü bir yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ladouceur ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında tedavi gören hastalarda belirsizliğe tahammülsüzlüğün kaygı ile paralel olarak azaldığı tespit edilmiştir. Yazında yer alan bu çalışmaların sonuçları ile bipolar bozuklukta belirsizliğe tahammülsüzlük ve kaygılı bağlanma ilişkisine dair bizim elde ettiğimiz sonuçlar paralellik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan remisyondaki bipolar bozukluk tanılı hastaların % 60'ında intihar düşüncesi olmadığı, %14,7'sinde yaşam boyu intihar düşüncesi olduğu ancak hiç denemediği, %17,3'ünde intihar girişiminin bir kez olduğu, %8'inde ise intihar girişiminin iki ve daha çok kez olduğu tespit edilmiştir. Üstündağ ve Kesbir (2016) ise hastaların %24'ünde bir ya da daha fazla intihar girişimi olduğu görülmektedir. Novick ve arkadaşları (2010) bipolar bozukluk tanılı hastalarda intihar prevelansının %30 ila %40 arasında olduğu bildirilmekte olup, yazında yer alan bazı çalışmalarda ise intihar girişiminde bulunan ancak tedavi için herhangi bir merkeze başvurmayan hastaların da dâhil edilmesiyle bu oranın %50'yi geçtiği belirtilmektedir (Valtonen ve ark. 2005, Valtonen ve ark. 2006)

Hastaların İDÖ puanlarının kaygılı bağlanma ile (YİYE-2 alt ölçeklerinden Kaygılı puanları) ilişkili olduğu, buna ek olarak belirsizliğe tahammülsüzlüğün her iki boyutu ile de ilişkili olduğu saptanmıştır. Yani, hastaların YİYE-2 alt ölçeklerinden kaygılı olma puanları ve BTÖ-12 puanları arttıkça İDÖ puanları da artar. Bipolar bozukluk dışındaki örneklerde yapılan çalışmalarda; hastaların belirsizliğe tahammülsüzlükleri

arttıkça intihar düşüncesinin de arttığı (Gümüş ve Sezgin 2016) ve korkulu bağlanma biçimine sahip depresyon tanılı olgular da intiharın daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Özer ve ark. 2015). Bipolar bozukluğun kronik seyirli, iyileşme ve tekrarlayan atak dönemleriyle seyreden bir hastalık olduğu göz önüne alındığında hastalığın genel seyrinin belirsiz ve öngörülemes olması, hastaların ümitsizlik yaşamalarına ve duygudurumlarının olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Ümitsizlik ve olumsuz duygudurum hastaların özkıyım riskini arttırabilmektedir. Bipolar bozukluk tanılı hastalar, hastalık hakkındaki düşüncelerinin olumsuz olması, ümitsizlik yaşamaları, hastalığın şiddetinin fazla olması nedenleri ile gelecek ile ilgili kaygı yaşayarak bu belirsiz duruma tahammül etmekte zorlanıyor ve bu da özkıyım düşüncelerine neden oluyor olabilir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre hastalık süresi ve epizod sayısının intihar fikrinin anlamlı yordayıcılarından olduğu; yine geçirilmiş epizod sayısının intihar girişimi sayısının anlamlı yordayıcılarından biri olduğu saptanmıştır. Modele eklenen diğer değişkenlerden sonra, anlamlılığın sürmesine karşın, bağlanma özellikleri ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün katkısının yüksek olmadığı görülmüştür. Buna göre bağlanma biçimleri ya da belirsizliğe tahammülsüzlüğün; psikopatolojinin güçlü nedensel belirleyicilerinden olmadığı; fakat bozuklukla ilgili komplikasyonlara katkısı olma potansiyeli olan kavramlar olduğunu söylemek uygun olacaktır.

Her ne kadar poliklinik kayıtları ve hastaneye yatış ile ilgili tıbbi kayıtlara ulaşıp, buradan elde edilen bilgiler doğrultusunda hastaların tanılar ve eş tanıları belirlenmiş olsa da, hastaların tanısının yapılandırılmış klinik görüşme ölçekleri ile konulmamış olması çalışmanın kısıtlılıklarından biridir ve eş tanıları ile ilgili değerlendirmeleri zayıflatan bir durumdur. Çalışmada değerlendirilen hastaların büyük çoğunluğu iki ve daha fazla kez atak geçirmiş ve kronik hastalık sürecindeki hastalardan oluşmaktadır; sonuçlarımız örnekleme dair bu özellikler göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir.

## SONUÇ

Çalışmamızda hastalık süresinin, intihar fikri için, geçirilmiş epizod sayısının ise hem intihar fikri hem de intihar girişimi için yordayıcı bir değişken olduğu saptanmıştır. YİYE-2 alt boyutlarından kaçınmacı davranış puanları ile intihar düşüncesi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunun, iki ve daha çok kez intihar girişimi olmuş hastaların kaçınmacı puanlarının; intihar düşüncesi olmamış hastaların puanlarından, intihar düşüncesi olmuş ancak hiç denememiş hastaların puanlarından ve bir kez intihar girişimi olmuş hastaların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğundan yola çıkarak bağlanma stillerine etki edebilecek psikoterapi girişimlerinin remisyonda bipolar bozuklukta hastalarda uygulanması durumunda, bu tedavilerin etkinliğini takip etmekte, kaçınmacı bağlanma ve intihar arasındaki

ilişkinin saptanmasına olanak vermiş olan YİYE-2 ölçeğinin kullanılmasını önermekteyiz.

Kaygılı bağlanma ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında pozitif yönde ilişki saptanmış olması, bundan sonraki çalışmalarda dikkate alınmasında fayda olacak bir sonuçtur.

## KAYNAKLAR

- Aaltonen K, Nääätänen P, Heikkinen M ve ark. (2016) Differences and similarities of risk factors for suicidal ideation and attempts among patients with depressive or bipolar disorders. *J Affect Disord* 193:318-30.
- Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 4:251-9.
- Aslan Kunt D, Dereboy F (2018) Dünya Sağlık Örgütü yetiştirme değerlendirme çizelgesi'nin (WHODAS 2.0) Türkçe çevirisinin geçerlik ve güvenilirliğinin psikiyatri hastaları ve sağlıklı kontrollerde incelenmesi. *Türk Psikiyatri Derg* 29:248-57
- Bartholomew K, Horowitz LM (1991) Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol* 61:226.
- Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V ve ark. (1995) İntihar davranışı ile depresyon, ümitsizlik, intihar düşüncesi ilişkisi: intihar davranış ölçeği geçerlilik, güvenilirlik çalışması. *Kriz Dergisi* 3:223-5.
- Broome MR, Johns LC, Valli I ve ark. (2007) Delusion formation and reasoning biases in those at clinical high risk for psychosis. *Br J Psychiatry* 191:38-42.
- Buhr K, Dugas MJ (2002) The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther* 40:931-45.
- Buhr K, Dugas MJ (2006) Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *J Anxiety Disord* 20:222-36.
- Carleton RN (2012) The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. *Expert Rev Neurother* 12:937-47.
- Carleton RN, Mulvogue MK, Thibodeau MA ve ark. (2012) Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *J Anxiety Disord* 26: 468-79.
- Carleton RN, Norton MPJ, Asmundson GJ (2007) Fearing the unknown: A short version of the intolerance of uncertainty scale. *J Anxiety Disord* 21:105-17.
- Cassis T, Do A, Cervantes P ve ark. (2018) Relationship style in major depression and bipolar types I and II. *Biol Psychiatry* 83:303-4.
- Chesney E, Goodwin GM, Fazel S (2014) Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 13:153-60.
- Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE ve ark. (2001) The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *Am J Psychiatry* 158:29-35.
- Cooper ML, Shaver PR, Collins NL (1998) Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *J Pers Soc Psychol* 74:1380.
- Çalışır M (2009) Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 1:240-55.
- Demir S (2004) Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Bağlanma Stilleri ve İntihar Davranışı Arasındaki İlişki (Yayımlanmamış Doktora Tezi) Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Dugas MJ, Gosselin P, Ladouceur R (2001) Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognit Ther Res* 25:551-8.
- Dugas MJ, Schwartz A, Francis K (2004) Brief report: intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognit Ther Res* 28:835-42.
- Einstein DA (2014) Extension of the transdiagnostic model to focus on intolerance of uncertainty: a review of the literature and implications for treatment. *Clin Psychol-Sci Pr* 21:280-300.
- Erözkan A (2004) Lise öğrencilerinin bağlanma stilleri ve yalnızlık düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 4 (2).

- Fraley RC, Waller NG, Brennan KA (2000) An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol* 78:350.
- Fuhr K, Reitenbach I, Kraemer J ve ark. (2017) Attachment, dysfunctional attitudes, self-esteem, and association to depressive symptoms in patients with mood disorders. *J Affect Disord* 212:110-6.
- Gümüş K, Sezgin S (2016) Multiple skleroz hastalarında belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar düşüncesine etkisi. *Journal of International Social Research* 9:475-86.
- Garami J, Haber P, Myers CE ve ark. (2017) Intolerance of uncertainty in opioid dependency—Relationship with trait anxiety and impulsivity. *PLoS One* 12:e0181955.
- Gonda X, Pompili M, Serafini G ve ark. (2012) Suicidal behavior in bipolar disorder: epidemiology, characteristics and major risk factors. *J Affect Disord* 143:16-26.
- Greenberg S (2014) Attachment Style, Perceived Life Events, and Psychological Well-Being in Adults Coping with Bipolar Disorder: A Longitudinal Study. Unpublished Thesis of Master of Arts, Bowling Green State University, Ohio.
- Hamilton M (1960) A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23:56-62.
- Hawton K, Comabella CC, Haw C ve ark. (2013) Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord* 147:17-28.
- Hirschfeld RM, Calabrese JR, Frye MA ve ark. (2007) Defining the clinical course of bipolar disorder: response, remission, relapse, recurrence, and roughening. *Psychopharmacol Bull* 40:7-14.
- Isometsä E (2014) Suicidal behaviour in mood disorders—who, when, and why? *Can J Psychiat* 59:120-30.
- Isometsä ET, Lönnqvist JK (1998) Suicide attempts preceding completed suicide. *Brit J Psychiat* 173:531-35.
- Jones SM (2005) Attachment style differences and similarities in evaluations of affective communication skills and person-centered comforting messages. *West J Commun* 9:233-49.
- Joyce PR (1984) Parental bonding in bipolar affective disorder. *J Affect Disord* 7:319-24.
- Köhler-Forsberg O, Madsen T, Behrendt-Møller I ve ark. (2017) Trajectories of suicidal ideation over 6 months among 482 outpatients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 223:146-52.
- Kökçü F, Kesebir S (2010) İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi: kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* 21:309-18.
- Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F ve ark. (2001) Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 13:107-14.
- Karpov B, Joffe G, Aaltonen K ve ark. (2016) Anxiety symptoms in a major mood and schizophrenia spectrum disorders. *Eur Psychiatry* 37:1-7.
- Kefeli MC, Turow RG, Yıldırım A ve ark. (2018) Childhood maltreatment is associated with attachment insecurities, dissociation and alexithymia in bipolar disorder. *Psychiatry Res* 260:391-9.
- Khawaja NG, Chapman D (2007) Cognitive predictors of worry in a non-clinical population. *Clinical Psychology* 11:24-32.
- Knowles R, Tai S, Jones SH ve ark. (2007) Stability of self-esteem in bipolar disorder: comparisons among remitted bipolar patients, remitted unipolar patients and healthy controls 1. *Bipolar Disord* 9:490-5.
- Ladouceur R, Gosselin P, Dugas MJ (2000) Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behav Res Ther* 38:933-41.
- Linehan MM, Nielsen SL (1981) Assessment of suicide ideation and parasuicide: Hopelessness and social desirability. *J Consul Clin Psych* 49:773-5.
- Mahoney AE, McEvoy PM (2012) A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cogn Behav Ther* 41:212-2.
- Meeten F, Dash SR, Scarlet ALS ve ark. (2012) Investigating the effect of intolerance of uncertainty on catastrophic worrying and mood. *Behav Res Ther* 50:690-8.
- Miklowitz DJ, Wisniewski SR, Miyahara S ve ark. (2005) Perceived criticism from family members as a predictor of the one-year course of bipolar disorder. *Psychiatry Res* 136:101-11.
- Morris RK, van der Gucht E, Lancaster G ve ark. (2009) Adult attachment in bipolar I disorder. *Psychol Psychother-T* 82:267-77.
- Norman RE, Byambaa M, De R ve ark. (2012) The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 9:e1001349.
- Novick DM, Swartz HA, Frank E (2010) Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disord* 12:1-9.
- O'Connor RC, Nock MK (2014) The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiat* 1:73-85.
- Özer Ü, Yıldırım EA, Erkoç EA (2015) Major depresyon olgularında intihar düşünce ve davranışının bağlanma biçimi ile ilişkisi. *ARCh Neuropsychiatr* 52:283-8.
- Radell ML, Myers CE, Beck KD ve ark. (2016) The personality trait of Intolerance of uncertainty affects behavior in a novel computer-based conditioned place preference task. *Front Psychol* 7:1115.
- Rosen NO, Knäuper B (2009) A little uncertainty goes a long way: state and trait differences in uncertainty interact to increase information seeking but also increase worry. *Health Commun* 24:228-38.
- Sümer N, Güngör D (1999) Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örnekleminde psikometrik değerlendirilmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikol Derg* 14:71-106.
- Sarıçam H, Erguvan FM, Akın A ve ark. (2014) The Turkish short version of the intolerance of uncertainty (IUS-12) scale: the study of validity and reliability. *Route Educ Soc Sci J* 1:148-57.
- Selçuk E, Günaydın G, Sümer N ve ark. (2005) Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın ilişkilerde yaşantular envanteri-II'nin Türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları* 8:1-11.
- Scott LN, Levy KN, Pincus AL (2009) Adult attachment, personality traits, and borderline personality disorder features in young adults. *J Pers Disord* 23:258-80.
- Sternheim LC, Fisher M, Harrison A ve ark. (2017) Predicting intolerance of uncertainty in individuals with eating disorder symptoms. *J Eating Disord* 5:26.
- Toffolo MB, van den Hout MA, Engelhard IM ve ark. (2014) Uncertainty, checking, and intolerance of uncertainty in subclinical obsessive compulsive disorder: an extended replication. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 3:338-344.
- Uluğ B, Ertuğrul A, Gögüş A ve ark. (2001) Yetiyitimi değerlendirme çizelgesinin (WHODAS-II) şizofreni hastalarında geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 12:121-30.
- Uzun K, Karataş Z (2018) Belirsizliğe tahammülsüzlüğün yordayıcısı olarak endişe ile ilgili olumlu ve olumsuz inançlar. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 26:1267-76.
- Üstündağ MF, Kesebir S (2013) İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 24:1-9.
- Valtonen HM, Suominen K, Mantere O ve ark. (2006) Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 8:576-85.
- Valtonen H, Suominen K, Mantere O ve ark. (2005) Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clinical Psychiat* 66:1456-62.
- Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC ve ark. (2010) The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev* 117:575.
- Williams JMG, Alatiq Y, Crane C ve ark. (2008) Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *J Affect Disord* 107:275-9.
- Yıldızhan E (2016) Bağlanma teorisi ve bağlanma bozukluklarına genel bir bakış. *Anadolu Klin* 22:66-72.
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE ve ark. (1978) A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Brit J Psychiat* 133:429-35.

**Açıklama:** Bu makale Eren Yıldızhan'ın tıpta uzmanlık tez danışmanlığını yaptığı öğrencisi Özge Şen ile birlikte yazmış olduğu bir makedir.