NÖRO PSİKİYATRİ ARŞİVİ
ARCHIVES OF NEUROPSYCHIATRY

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Makale No: 10

Arch Neuropsychiatry 2026;63:57–64
https://doi.org/10.29399/npa.29026

Bipolar Bozuklukta İntihar: Duygu Düzenleme Güçlüğü, Çocukluk Çağı Travması ve Dayanıklılığın Rolü

Suicide in Bipolar Disorder: The Role of Emotional Dysregulation, Childhood Trauma and Resilience

Emre SUBAŞ[1], Özge ŞAHMELİKOĞLU ONUR[2], Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU[1]

[1]Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul Türkiye
[2]Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

ÖZ

Giriş ve Amaç: Çocukluk travması (ÇT), düşük psikolojik dayanıklılık (PD) ve duygu düzenleme güçlükleri (DDG), intihar davranışı (İD) ile ilişkilendirilmiştir; ancak bu ilişkinin bipolar bozukluk tip 1 (BPBI) tanısı almış hastalar arasında sınırlı bir şekilde araştırıldığı görülmektedir. Bu çalışma, intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan ötimik BPBI hastaları ile sağlıklı bireyler arasındaki ÇT, PD, DDG açısından farkları ve İD ile bu faktörler arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır.

Yöntem: İntihar girişimi öyküsü olan 70 ötimik BPBI hastası [(BPBI (+)] ve intihar girişimi öyküsü olmayan 81 ötimik BPBI hastası [BPBI (-)] ile 90 sağlıklı kontrol katılımcı olarak dâhil edilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik ve klinik özellikler veri formu, DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) ve Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği (DDGÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: BBPI (+) grubunda tüm ÇÇTÖ puanları BPBI (-) ve kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti. BBPI (-) grubunda ÇÇTÖ duygusal istismar, duygusal ihmal ve toplam puanları kontrollerden anlamlı yüksekti. BBPI (+) grubunda farkındalık dışındaki tüm DDGÖ puanları BPBI (-) ve kontrol grubundan anlamlı yüksekti. Hastalarda sosyal yeterlik, yapısal stil ve aile uyumu dışındaki tüm PDÖ puanları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşüktü. ÇÇTÖ'nün duygusal istismar, DDGÖ'nün ise stratejiler puanı intihar girişimi için belirleyici olduğu sonucu saptanmıştır.

Sonuç: Sonuçlarımız, ÇÇT ve DDG olan BPBI hastalarının İD açısından yüksek risk taşıdığını göstermektedir. Bu bulgular doğrultusunda, klinik uygulamalarda intihar risk değerlendirmesine ÇÇT öyküsü ve duygu düzenleme becerilerinin dâhil edilmesi, PD'yi güçlendirmeye yönelik müdahalelerin geliştirilmesi ve bu etkenlerin BPBI'in klinik seyri üzerindeki etkilerini inceleyen ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç duyulduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Bipolar bozukluk, çocukluk çağı travması, dayanıklılık, duygu düzenleme güçlükleri, intihar davranışı

ABSTRACT

Introduction: Childhood trauma (CT), low psychologic resilience (PR) and emotion regulation difficulties (DER) have been associated with suicidal behavior (SB); however limited research has explored this association in patients diagnosed with bipolar disorder type 1 (BPDI). This study aimed to investigate the differences in terms of CT, PR, DER among euthymic BPDI patients with and without suicide attempts and healthy individuals and the relationship of SB with these factors.

Methods: Seventy euthymic BPDI patients with suicide attempt [(BPDI (+)] and 81 euthymic BPD1 patients without suicide attempt [BPDI (-)] and 90 healthy controls were included. The SCID-5, Beck Depression Inventory, Young Mania Rating Scale (YMRS), Sociodemographic form, Columbia-Suicide Severity Ranking Scale, and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Resilience Scale for Adults (RSA) and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) were administered to participants.

Results: BPDI (+) group had significantly higher CTQ scores than both BPD1(-) and control groups. The BPDI (+) group had significantly higher DERS clarity, non-acceptance, strategies, impulsivity, goals and total scores than both the BPDI (-) and control groups. Both patient groups had significantly lower RSA perceptions of self, planned future, social resources and total scores than the control group. Emotional abuse scores of CTQ and strategies scores of DERS had a significant and independent effect in distinguishing the BPDI (+) patients from the BPDI (-).

Conclusions: Our findings indicate that BPDI patients with a history of CT and DER are at a higher risk for SB. In light of these results, it is concluded that suicide risk assessments in clinical practice should include CT history and emotion regulation skills, that interventions aimed at enhancing PR should be developed, and that further prospective studies are needed to investigate the effects of these factors on the clinical course of BPDI.

Keywords: Bipolar disorder, childhood trauma, emotion regulation difficulties, resilience, suicidal behavior

Cite this article as: Subaş E, Şahmelikoğlu Onur Ö, Karamustafalıoğlu N. Suicide in Bipolar Disorder: The Role of Emotional Dysregulation, Childhood Trauma and Resilience. Arch Neuropsychiatry 2026;**63**:57–64. doi: 10.29399/npa.29026

Yazışma Adresi: Özge Şahmelikoğlu Onur, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye • **E-posta:** ozge_sahmelikoglu@hotmail.com
Geliş Tarihi: 08.01.2025, **Kabul Tarihi:** 03.06.2025, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 09.08.2025
©Telif Hakkı 2025 Türk Nöropsikiyatri Derneği - Makale metnine www.noropskiyatriarsivi.com web sayfasından ulaşılabilir

Öne Çıkan Noktalar

- **İntihar girişimi olan BPBI hastalarında, çocukluk travması daha yüksekti.**
- **İntihar girişimi olan BPBI hastalarında, duygulanım düzenleme güçlükleri daha yüksekti.**
- **Duygusal istismar ve DDG BPBI, intihar davranışını anlamlı biçimde etkiledi.**

GİRİŞ

Bipolar bozukluk tip 1 (BPBI), psikiyatrik bozukluklar arasında en yüksek intihar riskine sahiptir; hastaların %50'sine kadarı intihar girişiminde bulunurken, %15–20'si intihar sonucu hayatını kaybeder (1). Bu riski etkileyen temel psikolojik faktörlerin belirlenmesi, hedefe yönelik müdahaleler için kritik öneme sahiptir.

İntihar davranışı (İD), biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin karmaşık bir etkileşimi sonucu ortaya çıkar. Üç önemli psikolojik risk faktörü – çocukluk çağı travması (ÇT), duygu düzenleme güçlükleri (DDG) ve düşük psikolojik dayanıklılık (PD)– BPBI'de İD ile ilişkilendirilmiştir. Ancak, bu faktörler nadiren birlikte değerlendirilmiştir.

Psikolojik dayanıklılık, stres ve zorlukların üstesinden gelme kapasitesini ve fiziksel ile psikolojik iyilik halini sürdürme sürecini ifade eder (2). Bipolar bozukluk tip 1 hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla daha düşük PD tutarlı bir şekilde gözlenmiş olsa da, bunun intihar eğilimiyle ilişkisi kesin değildir (3). Bazı araştırmalar PD'nin intihar riskini azaltabileceğini öne sürerken, diğerleri net bir ilişki bildirmemiştir (4,5).

Duygu düzenleme güçlükleri, kişinin hedeflerine ulaşmasına yönelik olarak duygusal tepkileri izleme, değerlendirme ve düzenleme sürecindeki bozuklukları ifade eder (6). BPBI hastaları, ötimik dönemlerde bile sıklıkla DDG yaşarlar, bu da onları dürtüsel ve uyum bozucu tepkilere yatkın hale getirir (7). Araştırmalar, DDG ile intihar eğilimi arasındaki ilişkinin BPBI'de, unipolar depresyon veya anksiyete bozukluklarına kıyasla daha güçlü olduğunu göstermiştir (8,9).

Duygusal, fiziksel ve cinsel istismar veya ihmal gibi çocukluk çağı travmaları, nörogelişimi ve duygusal işlemeyi ciddi şekilde etkileyerek duygu durum bozukluklarına ve intihar davranışına yatkınlığı artırabilir (10,11). Çocukluk travması öyküsü olan BPBI hastaları, daha şiddetli semptomlar, daha fazla işlevsellikte bozulma ve daha yüksek intihar riski sergileme eğilimindedir (12).

Çocukluk travması, DDG ve PD'nin her biri BPBI'de intihar riskiyle bağımsız olarak ilişkilendirilmiş olsa da, bu faktörlerin etkileşimli veya kümülatif etkileri nadiren incelenmiştir. Ayrıca, çoğu çalışma akut semptomatik hastalara odaklanmış ve hastaların genellikle stabil kabul edildiği ötimik dönemdeki risk faktörleri hakkındaki anlayışımızda boşluklar bırakmıştır.

Bu çalışma, ötimik BPBI hastalarında ÇT, DDG ve PD'nin İD'ye birlikte ve bağımsız katkılarını değerlendirerek bu boşluğu doldurmayı amaçlamaktadır. Ayrıca, intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan ötimik BPBI hastaları ile sağlıklı kontroller arasında bu psikolojik faktörleri karşılaştırarak, akut duygudurum epizotlarının ötesinde intihar riskine dair yeni bakış açısı sunmaktadır. Çalışma, ÇT ve DDG'nin ötimik BPBI hastalarında intihar riskini artırıp artırmadığını ve dayanıklılığın koruyucu bir faktör olarak işlev görüp görmediğini araştırmayı hedefler. Hipotezimiz, BPBI hastalarında ötimik dönemde intihar girişimi öyküsü olanların, intihar girişimi öyküsü olmayanlara ve sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek DDG, ÇT ve daha düşük PD sergileyeceğidir.

YÖNTEM

Literatürdeki benzer çalışmalardan elde edilen tahmini değerlere dayanarak, etki büyüklüğü (f) Cohen'in kriterlerine göre orta seviye olan 0,25 olarak, anlamlılık düzeyi (α) 0,05 ve güç düzeyi (1–β) 0,80 olarak belirlenmiştir. Bu parametreler altında, gerekli toplam örneklem büyüklüğü 158 olarak hesaplanmış, her grup için yaklaşık minimum 53 katılımcı öngörülmüştür. Çalışmaya katılmayı kabul eden 181 hastadan 6'sı ek psikiyatrik bozukluklar nedeniyle, 11'i eksik ölçek verileri nedeniyle, 9'u remisyon kriterlerini karşılamadığı için ve 4'ü tıbbi öykü bilgisi yetersiz olduğu için hariç tutulmuştur. Sağlıklı kontrol grubunda ise 102 kişiden 4'ü psikiyatrik bozukluklar, 8'i eksik anket verileri nedeniyle elenmiştir. Çalışma örneklemi, Ocak 2021 ile Temmuz 2021 arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayakta tedavi birimine başvuran, daha önce intihar girişimi olan 70 BPBI hastası [BPBI (+)] ve intihar girişimi olmayan 81 hastadan [BPBI (-)] oluşmuştur. DSM-5 kriterlerine göre BPBI tanısı alan hastalar, bir psikiyatrist tarafından ötimik durumda olarak değerlendirilmiştir. Tanılar ve intihar girişimleri için tıbbi öykü ve geçmiş hastane kayıtları incelenmiştir. Tüm hastalar 18–65 yaş aralığında, en az ilkokul eğitimi almış ve ötimik durumda (Young Mani Değerlendirme Ölçeği puanı <8 ve Beck Depresyon Ölçeği puanı <10) bulunuyordu. Yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 90 sağlıklı kontrol, gönüllü hastane çalışanları ve araştırmacıların tanıdıklarından seçilmiştir. Kontrollerin DSM-5'e göre geçmişte veya şu anda herhangi bir psikiyatrik bozukluk öyküsü yoktu. Kooperasyon sorunları veya zihinsel gerilik, nörolojik hastalık, alkol/uyuşturucu kullanımı sonucu bilişsel bozukluğu olanlar, son altı ayda elektrokonvülsif tedavi almış olanlar, psikocerrahi veya diğer beyin cerrahisi öyküsü, kafa travması, alkol/uyuşturucu bağımlılığı ve psikotik semptomları olanlar çalışmadan hariç tutulmuştur. Tüm katılımcılardan çalışmaya dâhil edilmeden önce sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Çalışma, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Merkezi'nden Etik Kurulu'ndan onay almıştır (Karar No: 2021/26, Tarih: 18 Ocak 2021).

Araçlar

Sosyodemografik veri formu

Bu form, sosyodemografik ve klinik özellikleri değerlendirmek için kullanılmış ve görüşmeler sırasında araştırmacılar tarafından doldurulmuştur.

Young mani derecelendirme ölçeği (YMDÖ)

YMDÖ, manik epizotun temel belirtilerini kapsar ve 11 maddeden oluşur; her biri bir semptomun şiddetini 0–4 ölçeğinde ölçer (13). Değerlendirme, görüşülerek yapılır ve hastanın son 48 saatteki durumunu ve görüşme sırasındaki halini sorgular. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Karadağ ve ark. tarafından yapılmıştır (14).

Beck depresyon ölçeği (BDÖ)

BDÖ, depresyonun fiziksel, duygusal ve bilişsel göstergelerini ölçen bir öz bildirim ölçeğidir. Maksimum puan 63'tür; daha yüksek puanlar daha ciddi depresyonu gösterir. Türkçe formun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli tarafından yapılmıştır (15,16).

Duygu düzenleme güçlükleri ölçeği (DDGÖ)

DDGÖ, mevcut ve klinik olarak anlamlı DDG'yi değerlendiren 36 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir (17,18). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Rugancı ve Gençöz tarafından yapılmıştır (19). Türkçe versiyonu, orijinal versiyonla benzer bir faktör yapısı, iyi zamansal stabilite, iç tutarlılık (Cronbach α=0,93) ve dışsal geçerlilik değerleri

göstermiştir. Bu çalışmada, tüm maddelerden ve alt ölçeklerden elde edilen toplam DDGÖ puanı kullanılmış, daha yüksek puanlar daha kötü DDG'yi göstermiştir.

Columbia-intihar şiddetini derecelendirme ölçeği (C-İŞDÖ)

C-İŞDÖ, intihar riskini yarı yapılandırılmış görüşme formatında değerlendiren bir ölçektir; intihar düşüncesi, düşüncenin yoğunluğu, İD, intihar girişimleri ve intihar girişimlerinin ciddiyetini sorgulayan dört alt ölçek içerir. Geçerliliği ve tutarlılığı farklı örneklemlerde kanıtlanmıştır (20). Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güneş ve Kılınçaslan tarafından yapılmıştır (21).

DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5)

Profesyonel bir görüşmeci tarafından uygulanan bu klinik araç, DSM-5'teki bozuklukları tanı kriterlerine göre değerlendirir (22). Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlilik-güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (23). Ölçek, çalışmaya katılım öncesi tanıları doğrulamak ve ek psikiyatrik tanıların varlığını araştırmak amacıyla kullanılmıştır.

Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği (PDÖ)

Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin orijinal versiyonu, "kişisel yetkinlik", "sosyal yetkinlik", "aile uyumu", "sosyal destek" ve "kişisel yapı" olmak üzere beş boyutu kapsayan 45 maddeden oluşur (24). Altı boyutlu versiyonun PD'yi daha iyi açıkladığı bulunmuştur (25). Güncellenmiş versiyon, "kendilik algısı", "gelecek algısı", "sosyal yetkinlik", "aile uyumu", "sosyal kaynaklar" ve "yapılandırılmış stil" olmak üzere 33 madde ve altı boyuttan oluşur. Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, alt boyutların iç tutarlılık katsayılarının 0,66–0,81 aralığında olduğunu göstermiştir (26).

Çocukluk çağı travmaları ölçeği (ÇÇTÖ)

Çocukluk çağı travmaları ölçeği, çocukluk dönemindeki ihmal ve istismar deneyimlerini değerlendirmek için geliştirilmiştir (27). Çocukluk çağı travmaları ölçeği, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar olmak üzere beş alt ölçek ve 1–5 puanlık Likert tipi 28 maddeden oluşur. Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (28).

İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Simirnov testi ile hesaplanmıştır. Bağımsız nicel veriler için Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri, niteliksel bağımsız veriler için Ki-kare testi kullanılmış; Ki-kare testi koşullarının sağlanmadığı durumlarda Fischer testi uygulanmıştır. Etki düzeyi, tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon ile incelenmiştir. Analizlerde IBM Sosyal Bilimlerde İstatistik Paket Programı (SPSS) sürüm 27.0 kullanılmış ve $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

BPBI (+), BPBI (-) ve kontrol grupları arasında yaş, medeni durum veya eğitim seviyesi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak, BPBI hastalarının istihdam oranı sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$), BPBI (+) ve BPBI (-) grupları arasında istihdam oranı açısından fark bulunmamıştır (Tablo 1).

BPBI (+) hastalarda, ömür boyu ve son bir ay içindeki intihar düşüncesi yoğunluğunun, BPBI (-) ve kontrol gruplarına kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca, BPBI (-) hastaları da kontrollere kıyasla daha yüksek puanlar göstermiştir ($p<0,05$). Her

Tablo 1. İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan BPB1 hastaları ile sağlıklı kontrollerin sosyodemografik özellikleri

	BPBI (+)	BPBI (-)	Sağlıklı kontroller	p	
Yaş (ort ± ss)	38,6±10,5	38,3±9,0	36,7±12,2	0,439	K
Cinsiyet					
Erkek (n - %)	19 - %27,1	34 - %42,0	37 - %41,1	0,111	X^2
Kadın (n - %)	51 - %72,9	47 - %58,0	53 - %58,9		
Toplam eğitim yılı sayısı (ort ± ss)	10,6±4,3	11,9±4,2	12,6±3,8	0,056	K
Eğitim düzeyi					
Okur-yazar (n - %)	1 - %1,4	0 - %0,0	0 - %0,0	0,060	X^2
İlkokul (n - %)	18 - %25,7	15 - %18,5	6 - %6,7		
Ortaokul (n - %)	11 - %15,7	8 - %9,9	10 - %11,1		
Lise (n - %)	20 - %28,6	22 - %27,2	33 - %36,7		
Üniversite (n - %)	18 -% 25,7	34 - %42,0	35 - %38,9		
Lisansüstü (n - %)	2 - %2,9	2 - %2,5	6 - %6,7		
Çalışma durumu					
Çalışıyor/Öğrenci (n - %)	32 - %45,7	45 - %55,6	78 - %86,7	**0,000**	X^2
İşsiz (n - %)	38 - %54,3	36 - %44,4	12 - %13,3		
Sosyal güvence					
Var (n - %)	64 - %91,4	77 - %95,1	90 - %100	**0,024**	X^2
Yok (n - %)	6 - %8,6	4 - %4,9	0 - %0,0		
Medeni durum					
Evli (n - %)	29 - %41,4	37 - %45,7	40 - %44,4	0,476	X^2
Bekâr (n - %)	29 - %41,4	34 - %42,0	43 - %47,8		
Dul/boşanmış (n - %)	12 - %17,1	10 - %12,3	7 - %7,8		

K: Kruskal-Wallis (Mann-Whitney U test); X^2: Ki-Kare testi (Fischer testi); BPBI (+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB1 hastaları; BPBI (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB1 hastaları; ss: standart sapma; n: katılımcı sayısı.
Kalın yazılmış değerler istatistiksel anlamlılığı gösterir.

iki hasta grubu için, kontrollere kıyasla anlamlı şekilde yüksek BDÖ ve YMDÖ puanları saptanmış; BPBI (+) grubu da BPBI (-)'den daha yüksek puanlar göstermiştir (p<0,05). Tüm ÇÇTÖ alt ölçek ve toplam puanları, BPBI (+) hastalarında BPBI (-) ve kontrollere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). Bipolar bozukluk tip 1 (-) hastalarının da duygusal istismar, duygusal ihmal ve toplam ÇÇTÖ açısından kontrollere kıyasla daha yüksek puan aldığı görülmüştür (p<0,05) (Tablo 2).

BPBI (+) hastalar, "farkındalık" hariç toplam ve tüm DDGÖ alt ölçek puanlarında diğer gruplara kıyasla anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,05). BPBI (-) hastalar da "kabul etmeme", "stratejiler" ve toplam puanlarda kontrollere göre daha yüksek puan almıştır (p<0,05). PDÖ'nün "aile uyumu", "sosyal yeterlilik" veya "yapılandırılmış stil" alt boyutlarında grup farkları bulunmamıştır (p>0,05). Ancak her iki BPBI grubu, "kendilik algısı", "gelecek algısı", "sosyal kaynaklar" ve toplam PDÖ puanlarında kontrollere kıyasla anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 3).

Hastalık başlangıç yaşı, ilk epizotta mani, ve işlevsellikte tam iyileşme BPBI (+)'de BPBI (-)'e kıyasla anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (p<0,05). İlk epizotta karma özelliklerin varlığı, toplam epizot sayısı, hızlı döngü ve depresif epizot sayısı BPBI (+)'dE daha yüksek bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4).

Bipolar bozukluk tip 1 (+) hastaların intihar girişimi özellikleri Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 2. Gruplar arasında depresyon, mani ve intihar düşüncesinin karşılaştırılması

	BPBI (+)	BPBI (-)	Sağlıklı kontroller	p	
Beck depresyon ölçeği (ort ± ss)	4,07±2,72	2,00±2,42	0,70±1,41	**0,000**	K
Young mani derecelendirme ölçeği (ort ± ss)	1,41±2,07	0,80±1,65	0,00±0,00	**0,000**	K
İntihar düşüncesi					
Yaşam boyu (ort ± ss)	4,56±0,81	0,64±0,90	0,26±0,55	**0,000**	K
Son ayda (ort ± ss)	0,17±0,45	0,00±0,00	0,00±0,00	**0,000**	K
İntihar düşüncesinin yoğunluğu					
Yaşam boyu (ort ± ss)	17,03±4,16	11,34±2,51	8,89±1,49	**0,000**	K
Son ayda (ort ± ss)	6,80±1,81	0,00±0,00	0,00±0,00	**0,000**	K
Çocukluk çağı travmaları ölçeği					
Duygusal istismar (ort ± ss)	10,3±5,7	7,3±3,2	6,6±2,7	**0,000**	K
Fiziksel istismar (ort ± ss)	7,4±4,5	5,8±1,6	5,6±1,7	**0,008**	K
Duygusal ihmal (ort ± ss)	12,9±5,3	11,1±4,6	9,3±3,6	**0,000**	K
Fiziksel ihmal (ort ± ss)	8,5±3,4	7,0±2,3	6,5±2,3	**0,000**	K
Cinsel istismar (ort ± ss)	7,5±5,1	6,0±2,9	5,5±2,1	**0,002**	K
Toplam (ort ± ss)	46,6±18,7	37,1±11,4	33,6±9,3	**0,000**	K

K: Kruskal-Wallis (Mann-Whitney U test); BPBI (+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB1 hastaları; BPBI (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB1 hastaları; ss: standart sapma; n: katılımcı sayısı.
Kalın yazılmış değerler istatistiksel anlamlılığı gösterir.

Tablo 3. İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan BPBI hastaları ile sağlıklı kontrollerin duygu düzenleme güçlükleri ve psikolojij dayanıklılık puanları

	BPBI (+)	BPBI (-)	Sağlıklı kontroller	p	
Duygu düzenleme güçlükleri ölçeği					
Farkındalık (ort ± sd)	15,8±3,5	15,6±3,0	16,4±2,8	0,137	K
Açıklık (ort ± sd)	11,8±4,7	11,0±5,9	9,4±3,0	**0,005**	K
Kabul etmeme (ort ± sd)	13,9±6,1	12,1±6,1	10,0±3,2	**0,000**	K
Stratejiler (ort ± sd)	20,2±7,8	16,2±6,0	13,3±4,3	**0,000**	K
Dürtüsellik (ort ± sd)	14,0±5,0	11,9±4,2	10,9±3,7	**0,000**	K
Hedefler (ort ± sd)	16,1±2,6	15,0±5,8	15,0±2,1	**0,001**	K
Toplam (ort ± sd)	91,8±23,2	81,7±20,0	74,6±11,2	**0,000**	K
Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği					
Kendilik algısı (ort ± sd)	21,1±5,7	22,6±4,8	30,6±54,0	**0,000**	K
Gelecek algısı (ort ± sd)	13,4±4,7	14,6±4,2	16,6±3,8	**0,000**	K
Yapılandırılmış stil (ort ± sd)	13,5±4,2	14,8±3,2	15,4±3,4	0,052	K
Sosyal yetkinlik (ort ± sd)	21,4±5,8	21,7±5,4	23,1±4,7	0,137	K
Aile uyumu (ort ± sd)	20,8±6,1	22,6±4,7	23,1±4,7	0,052	K
Sosyal kaynaklar (ort ± sd)	25,9±6,4	28,2±6,8	29,8±4,5	**0,000**	K
Toplam (ort ± sd)	115,3±23,3	124,6±18,5	132,8±15,6	**0,000**	K

K: Kruskal-Wallis (Mann-Whitney U test); X^2: Ki-Kare testi (Fischer testi); BPBI (+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB1 hastaları; BPBI (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB1 hastaları; ss: standart sapma; n: katılımcı sayısı.
Kalın yazılmış değerler istatistiksel anlamlılığı gösterir.

Eğitim seviyesi, hastalık başlangıç yaşı, ilk epizot tipi, toplam epizot sayısı, depresif epizot sayısı, karma epizot sayısı, işlevsellik, tüm ÇÇTÖ alt ölçekleri ve toplam puanlar, DDGÖ stratejiler, dürtü kontrolü ve toplam puanlar, tek değişkenli modelde BPBI (+) ile BPBI (-) arasında ayrım yapmada anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Çoklu indirgenmiş modelde, ÇÇTÖ duygusal istismar puanı ve DDGÖ strateji puanı BPBI (+) ve BPBI (-)'yi ayırt etmede anlamlı bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 6).

Tablo 4. İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan BPBI hastalarında klinik değişkenler

		BPBI (+)	BPBI (-)	p	
Hastalık süresi (ort ± ss)		16,2±10,5	13,1±9,0	0,084	K
Başlangıç yaşı (ort ± ss)		22,5±6,5	25,3±7,9	**0,033**	K
İlk epizot türü	Mani (n - %)	30 - %42,9	51 - %63,0	**0,013**	X^2
	Depresyon (n - %)	30 - %42,9	27 - %33,3	0,229	X^2
	Karma (n - %)	9 - %12,9	2 - %2,5	**0,014**	X^2
	Hipomani (n - %)	1 - %1,3	1 - %1,2	1,000	X^2
Tetikleyici olay	Var (n - %)	37 - %52,9	33 - %40,7	0,137	X^2
	Yok (n - %)	33 - %47,1	48 - %59,3		
Toplam epizot sayısı (ort ± ss)		11,4±10,4	7,7±6,0	**0,031**	K
Manik epizotlar (ort ± ss)		3,2±3,4	2,9±2,4	0,868	K
Depresif epizotlar (ort ± ss)		6,4±6,7	4,0±5,0	**0,017**	K
Karma epizotlar (ort ± ss)		0,6±1,7	0,1±0,4	**0,001**	K
Hipomanik epizotlar (ort ± ss)		1,5±3,7	0,8±2,1	0,347	K
Mevsimsellik	Var (n - %)	41 - %58,6	40 - %49,4	0,259	X^2
	Yok (n - %)	29 - %41,4	41 - %50,6		
Hızlı-döngülülük	Var (n - %)	6 - %8,6	1 - %1,2	**0,032**	X^2
	Yok (n - %)	64 - %91,4	80 - %98,8		
Hastaneye yatış	Var (n - %)	63 - %90,0	64 - %79,0	0,066	X^2
	Yok (n - %)	7 - %10,0	17 - %21,0		
Hastaneye yatış sayısı (ort ± ss)		2,5±2,0	2,5±2,2	0,522	K
İşlevsellik	Tam iyileşme (n - %)	51 - %72,9	70 - %86,4	**0,023**	X^2
	Kısmi iyileşme (n - %)	14 - %20,0	11 - %13,6		
	Kötü işlevsellik (n - %)	5 - %7,1	0 - %0,0		
Psikotik özellikler	Var (n - %)	62 - %88,6	72 - %88,9	0,951	X^2
	Yok (n - %)	8 - %11,4	9 - %11,1		

K: Kruskal-Wallis (Mann-Whitney U test); X^2: Ki-Kare testi (Fischer testi); BPBI (+): İntihar girişimi öyküsü olan BPB1 hastaları; BPBI (-): İntihar girişimi öyküsü olmayan BPB1 hastaları; ss: standart sapma; n: katılımcı sayısı.
Kalın yazılmış değerler istatistiksel anlamlılığı gösterir.

Tablo 5. BPBI (+) hastalarında intihar girişimlerinin özellikleri

		ort ± ss / n - %
İntihar girişimi sayısı		2,17±2,70
Gerçek girişim ömür boyu		1,30±1,28
Engellenen girişim ömür boyu		0,46±0,77
Durdurulan girişim ömür boyu		0,40±1,33
Girişimde bulunulan epizot türü	Depresyon	41 - %58,6
	Mani	18 - %25,7
	Karma	8 - %11,4
	Ötimi	2 - %2,9
	Hipomani	1 - %1,4
Kaçıncı epizot	1. epizot	34 - %48,6
	2. epizot	5 - %7,1
	3. epizot	3 - %4,3
	Diğer	28 - %40,0
İntihar girişimi sırasında psikotik özelliklerin varlığı	Var	34 - %48,6
	Yok	36 - %51,4
İntihar girişimi yöntemi	Aşırı doz ilaç alma	39 - %55,7
	Yüksekten atlama	20 - %28,6
	Kesme	12 - %17,1
	Ası	4 - %5,7
	Ateşli silah	1 - %1,4
	Diğer	10 - %14,3

ort: ortalama; ss: standard sapma, n: katılımcı sayısı

Tablo 6. BPBI hastalarında intihar girişiminin tek değişkenli ve çok değişkenli yordayıcıları: lojistik regresyon modeli

	Tek değişkenli model			Çok değişkenli model		
	OR	**%95 güven aralığı**	**p**	**OR**	**%95 güven aralığı**	**p**
Eğitim düzeyi	0,760	0,581–0,994	**0,045**			
Hastalık başlangıç yaşı	0,946	0,903–0,992	**0,021**			
İlk epizot türü	1,278	1,018–1,605	**0,034**			
Toplam epizot sayısı	1,059	1,013–1,106	**0,011**			
Depresif epizot sayısı	1,074	1,013–1,139	**0,016**			
Karma epizot sayısı	2,355	1,204–4,608	**0,012**			
İşlevsellik	2,470	1,199–5,087	**0,014**			
Yaşam boyu intihar düşüncesi varlığı	26,75	5,17–138,39	**0,000**			
Yaşam boyu intihar düşüncesi yoğunluğu	1,523	1,283–1,809	**0,000**			
Çocukluk çağı travmaları ölçeği						
Duygusal istismar	1,175	1,075–1,284	**0,000**	1,156	1,052–1,270	**0,003**
Fiziksel istismar	1,205	1,045–1,390	**0,010**			
Fiziksel ihmal	1,211	1,068–1,373	**0,003**			
Duygusal ihmal	1,078	1,008–1,153	**0,029**			
Cinsel istismar	1,106	1,011–1,211	**0,029**			
Toplam	1,046	1,019–1,073	**0,001**			
Duygu düzenleme güçlükleri ölçeği						
Stratejiler	1,090	1,036–1,146	**0,001**	1,081	1,025–1,141	**0,004**
Dürtüsellik	1,105	1,027–1,189	**0,008**			
Toplam	1,022	1,006–1,039	**0,006**			
Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği						
Yapılandırılmış stil	0,907	0,829–0,992	**0,032**			
Aile uyumu	0,940	0,885–0,999	**0,046**			
Sosyal kaynaklar	0,944	0,897–0,995	**0,031**			
Toplam	0,979	0,963–0,995	**0,009**			

Lojistik regresyon (İleri LR); OR: odds oranı.
Kalın değerler istatistiksel anlamlılığı gösterir.

TARTIŞMA

Bu çalışma, ötimik BPBI hastalarında İD ile ÇÇT, DDG ve PD gibi psikolojik yapılar arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bulgular, BPBI (+) hastalarının –"farkındalık" hariç– daha yüksek DDG ve tüm ÇÇTÖ alt ölçeklerinde artmış ÇÇT düzeyleri sergilediğini göstermiştir. Çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam ve alt ölçek puanları BPBI (+)'da BPBI (-) ve kontrollere kıyasla anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. PDÖ'de "kendilik algısı", "gelecek algısı", "sosyal kaynaklar" alt ölçekleri ve toplam puanlar BPBI hastalarında kontrollere kıyasla anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. DDGÖ'nün "stratejiler" alt ölçeği ve duygusal istismar, BPBI hastalarında intihar girişimleri için belirleyici bulunmuştur.

Önceki çalışmalar, fiziksel ihmal hariç çoğu ÇÇT türünün duygudurum bozukluklarıyla anlamlı bir ilişki göstermediğini öne sürmüştür (10). Bipolar bozukluk tip 1 hastalarının %50'si fiziksel ihmal (29), %56'sı duygusal ihmal bildirmiştir (30). BPB, depresyon, şizofreni ve sağlıklı kontrollerle yapılan bir karşılaştırmada, BPB hastalarının %61'i en az bir ÇÇT türü bildirmiştir. Tüm ÇÇT türleriyle intihar düşüncesi yoğunluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur, bu da mevcut verilerimizi desteklemektedir (31). BPB, eşik altı BPB ve sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, cinsel istismar hariç tüm ÇÇT türleri BPB ile ilişkilendirilmiştir (32). Benzer şekilde, bu çalışmada BPBI (-) ve kontroller arasında cinsel istismar alt ölçek puanlarında fark bulunmamıştır.

Ötimik dönemdeki 206 bipolar bozukluk hastası ve 94 sağlıklı kontrolle yapılan bir çalışmada, ÇÇTÖ toplam puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuş; duygusal istismar alt ölçeği puanı BPB'de kontrollere kıyasla tutarlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı ile bipolar bozukluğun erken başlangıcı arasında, özellikle cinsel ve duygusal istismar bağlamında bir ilişki bulunmuştur (33). Ayrıca, daha yüksek ÇÇTÖ puanları İD ile ilişkilendirilmiş, intihar girişimi öyküsü olan hastalar daha yüksek duygusal ve cinsel istismar oranları bildirmiştir (33). Çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı ve duygusal istismarın varlığı BPBI ve tip II hastalarında kontrollere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Çok değişkenli regresyon analizi, ÇÇT türleri arasında yalnızca duygusal istismarın ömür boyu intihar girişimlerini öngördüğünü göstermiştir (33). Bu bulgular mevcut bulgularımızı desteklemektedir. Çalışmamızda Janiri ver ark.'nın bulgularını doğrulayacak şekilde, duygusal istismarın BPBI hastalarında intihar girişimleri için bir belirleyici olduğunu gözlemlenmiştir (34). Duygusal istismarın, ömür boyu intihar düşüncesi şiddeti ve intihar girişimi ile anlamlı şekilde pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Bulgularımız ve literatür, ÇÇT'nin BPB hastalarında intihar riskinde önemli bir rol oynadığını gösterir.

Dört yüz yirmi sekiz ergen katılımcıdan oluşan bir kohortta, "farkındalık" hariç toplam ve tüm DDGÖ alt ölçek puanları ile intihar düşüncesi arasında anlamlı bir korelasyon bildirilmiştir (35), bu da bulgularımızı desteklemektedir. Ayrıca, ötimik BPB hastalarının kontrollere kıyasla

anlamlı şekilde daha yüksek DDGÖ toplam puanlarına ve daha düşük "farkındalık" alt ölçekli puanlarına sahip olduğu gösterilmiştir (36). Bipolar bozukluk hastaları, unipolar depresyon, anksiyete bozukluğu hastalarına kıyasla "farkındalık" hariç tüm DDGÖ boyutlarında daha fazla zorluk yaşamışlardır (8). Bipolar bozukluk hastaları duygudurum epizotları sırasında sık sık pozitif ve negatif duygular yaşadığından, kendi duygularını inceleme ve tanıma konusunda zorluk yaşamayabileceği ve duygusal farkındalıklarını artırabileceği görüşüyle ilişkili olabilir (37). Ayrıca, "farkındalık" dışındaki DDGÖ alt ölçekleri yüksek iç tutarlılık göstermiştir (37). Farklı psikiyatrik tanılar alan 427 hastadan oluşan başka bir çalışmada da benzer bulgu bildirilmiştir (38). Bu nedenle, mevcut çalışmanın bulguları, "farkındalık" boyutu için DDGÖ'den daha yüksek iç tutarlılığa sahip farklı ölçeklerle tekrarlanmalıdır.

Dürtüselliğin bipolar bozukluk hastalarında intihar riskini artırdığı iyi bilinmektedir (39,40). Beş yüz kırk yedi ergen yatan hastada son bir yılda intihar düşüncesi puanları ile DDGÖ'nün "stratejiler" ve "dürtü" alt ölçekleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bildirilmiştir (41). İntihar girişimi öyküsü olan bireylerin "netlik" ve "dürtü" konusunda daha fazla güçlük yaşadığı, mevcut çalışmanın verileriyle uyumludur (42). Bu nedenle, dürtüsel tepkileri kontrol etme veya duygularını net bir şekilde tanımlama konusunda zorluk yaşayan bipolar bozukluk hastalarında intihar riski artabilir.

Bipolar bozukluk hastalarının bilişsel yeniden değerlendirme gibi uyum sağlayıcı DD stratejilerini daha az kullandığı, bastırma gibi uyumsuz stratejileri ise daha fazla kullandığı düşünülmektedir (7). Bipolar bozukluk hastalarının başta negatif duygularla başa çıkmak olmak üzere duygusal sorunlar yaşadığı, bilişsel yeniden değerlendirme gibi uyum sağlayıcı stratejilerin daha az depresif epizotla ilişkili olduğu bildirilmiştir (43). Birden fazla intihar girişimi öyküsü olan bireylerin "kabul etmeme" alt ölçeğinde kontrollere kıyasla daha yüksek puanlar aldığı, "stratejiler" alt ölçeğinde tek bir intihar girişimi öyküsü olanlara ve kontrollere kıyasla daha yüksek puanlar aldığı bildirilmiştir (44). Bu çalışmada, "stratejiler" ve "kabul etmeme" alt ölçeklerinde her üç grup arasında anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca, DDGÖ'nün "stratejiler" alt ölçek puanlarının intihar girişimleri için bir belirleyici olduğu görülmüştür. Bu nedenle, BPB hastalarının olumsuz duygularını kabul etmekte ve uyum sağlayıcı DD stratejilerini uygulamakta zorluk çektiği, bunun da intihar riskini artırdığı söylenebilir.

Şizofreni ve bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, her iki hasta grubu da sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı şekilde düşük PD puanları göstermiştir (45). Çalışmamızda, BPBI hastaları, kendilik/gelecek algısı ve sosyal kaynaklar açısından sağlıklı kontrollere kıyasla daha düşük PD sergilemiş, ancak BPBI (+) ile BPBI (-) arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde, bipolar bozukluk hastalarında intihar girişimi öyküsünün PD ile ilişkili olup olmadığı konusunda farklı görüşler vardır. Genel popülasyonda yapılan dört yıllık bir gözlemsel çalışma, PD'nin intiharda doğrudan koruyucu bir etkisi olmadığını öne sürmüştür (4). Ancak, Yao ve ark., dayanıklılığın ÇÇT ile ilişkili İD riskini azaltan bir koruyucu faktör olabileceğini öne sürmüştür (46). Bununla birlikte, PD dinamik bir kavramdır ve zamanla değişip gelişebilir. Bipolar bozuklukta duygu durum epizotları sırasında PD, ötimik döneme kıyasla değişebilir. İntihar girişiminde bulunan ve hayatta kalan bipolar bozukluk hastalarının sonrasında aldıkları tıbbi, ailevi ve sosyal destek de PD üzerinde etkili olabilir. Çalışmamızda, PD'nin intihar riskinde potansiyel koruyucu rolü net olarak kurulmamıştır. Bipolar bozukluk tip 1 hastalarının sağlıklı kontrollere kıyasla daha düşük PD seviyelerine sahip olduğu bulunurken, düşük dayanıklılığın İD'yi doğrudan etkileyip etkilemediği belirsizdir. Psikolojik dayanıklılığın intihar riskini azaltıp azaltmadığını ve koruyucu bir faktör olarak işlev görüp görmediğini belirlemek için ek analizler gerekebilir. Ayrıca, ÇÇT'nin İD üzerindeki etkisinin dayanıklılık seviyelerine bağlı olup olmadığını araştırmak, risk ve koruyucu mekanizmalar hakkında daha derin bakış açısı sağlayabilir.

Bu çalışma, BPBI hastalarında intihar ile DDG, ÇÇT ve PD arasındaki ilişkiyi DSM-5 kriterleri, SCID-5 ve geçerli klinik ölçeklerle bütüncül olarak değerlendiren bilindiği kadarıyla ilk çalışmadır. Çalışmanın sınırlılıkları arasında kesitsel olması, nispeten küçük örneklem, öz bildirim ölçeklerinin kullanımı, kısmen hastadan alınan retrospektif veriler ve ilaç öyküsü, psikiyatrik eş tanılar (örneğin, kişilik bozuklukları) ve sosyoekonomik durum gibi potansiyel karıştırıcı faktörlerin değerlendirilmemesi yer alır. Ayrıca, hastaneye başvuran ayaktan tedavi örneklemi, sonuçların tüm BPB hastalarına genellenmesini zorlaştırır.

BPBI, yüksek intihar riski taşıyan bir bozukluktur. Duygusal istismar varlığı ve uyum sağlayıcı stratejilerdeki güçlükler bu riski artırır. Bu hasta grubunda uyum sağlayıcı DD stratejilerini geliştirmeye yönelik terapötik müdahaleler ve ÇÇT'yi azaltmaya yönelik önlemlerin toplum ruh sağlığı açısından büyük önem taşıdığını öne sürüyoruz. Daha büyük örneklemlerle, eşit cinsiyet dağılımlı ve manik, depresif ve ötimik dönemlerdeki hastalarla takip çalışmaları tasarlanması gerekebilir. Gelecek çalışmalar, özellikle 'farkındalık' için daha yüksek iç tutarlılığa sahip ölçekler kullanarak bu bulguları tekrar etmelidir. Ayrıca, PD'nin BPBI hastalarında intihar riskiyle nasıl etkileşime geçtiğini detaylandırmaya odaklanılmalıdır, bu da klinik müdahalelere rehber olabilir ve kişiselleştirilmiş tedavi stratejilerinin öne sürülmesini mümkün kılabilir.

Etik Komite Onayı: Çalışma, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Merkezi'nden Etik Kurulu'ndan onay almıştır (Karar No: 2021/26, Tarih: 18 Ocak 2021).

Açıklama: Çalışmanın yapıldığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde o dönemde COVID nedeniyle etik kurul toplantısı yapılamıyordu. Hastanemizde yapılan diğer çalışmalarda olduğu gibi Etik Kurul onamı zorunlu olarak Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alındı. Çalışma Dr. Emre Subaş'ın tez çalışması olduğu için hastanemiz eğitim komisyonunda değerlendirildi ve "Bu çalışma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden 05.01.2021 tarihinde 488 protokol no ile onay alındı.

Hasta Onamı: Tüm katılımcılardan çalışmaya dâhil edilmeden önce sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir- ÖŞO, ES, NK; Tasarım- ÖŞO, ES, NK; Denetleme- ÖŞO, ES, NK; Kaynaklar- ÖŞO, ES, NK; Malzemeler- ÖŞO, ES, NK; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi- ÖŞO, ES, NK; Analiz ve/veya Yorum- ÖŞO, ES, NK; Literatür Taraması- ÖŞO, ES, NK; Yazıyı Yazan- ÖŞO, ES, NK; Eleştirel İnceleme- ÖŞO, ES, NK.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Gonda X, Pompili M, Serafini G, Montebovi F, Campi S, Dome P, et al. Suicidal behavior in bipolar disorder: epidemiology, characteristics and major risk factors. J Affect Disord. 2012;143(1-3):16–26. [Crossref]
2. Rutter M. Resilience as a dynamic concept. Dev Psychopathol. 2012;24(2):335–344. [Crossref]
3. Craba A, Marano G, Kotzalidis GD, Avallone C, Lisci FM, Crosta ML, et al. Resilience and attachment in patients with major depressive disorder and bipolar disorder. J Pers Med. 2023;13(6):969. [Crossref]
4. Liu DW, Fairweather-Schmidt AK, Burns R, Roberts RM, Anstey KJ. Psychological resilience provides no independent protection from suicidal risk. Crisis. 2016;37(2):130–139. [Crossref]
5. Knowles JR, Gray NS, O'Connor C, Pink J, Simkiss NJ, Snowden RJ. The role of hope and resilience in protecting against suicidal thoughts and behaviors during the COVID-19 pandemic. Arch Suicide Res. 2022;26(3):1487–1504. [Crossref]
6. Thompson RA. Emotion regulation: a theme in search of definition. Monogr Soc Res Child Dev. 1994;59(2-3):25–52. [Crossref]
7. Johnson SL, Gruber J, Eisner L. Emotion and bipolar disorder. In: Rottenberg J, Johnson SL, editors. Emotion and Psychopathology: Bridging Affective and Clinical Science. Washington, DC: American Psychological Association; 2007. p. 123-150. [Crossref]

8. Becerra R, Cruise K, Murray G, Bassett D, Harms C, Allan A, et al. Emotion regulation in bipolar disorder: are emotion regulation abilities less compromised in euthymic bipolar disorder than unipolar depressive or anxiety disorders? Open J Psychiatr. 2013;3:1–7. [Crossref]
9. Colmenero-Navarrete L,García-Sancho E, Salguero JM. Relationship between emotion regulation and suicide ideation and attempt in adults and adolescents: a systematic review. Arch Suicide Res. 2022;26(4):1702–1735. [Crossref]
10. Carr CP, Martins CM, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. J Nerv Ment Dis. 2013;201(12):1007–1020. [Crossref]
11. Zaorska J, Kopera M, Trucco EM, Suszek H, Kobyliski P, Jakubczyk A. Childhood trauma, emotion regulation, and pain in individuals with alcohol use disorder. Front Psychiatry. 2020;11:554150. [Crossref]
12. Farias CA, Cardoso TA, Mondin TC, Souza LDM, da Silva RA, Kapczinski F, et al. Clinical outcomes and childhood trauma in bipolar disorder: a community sample of young adults. Psychiatry Res. 2019;275:228–232. [Crossref]
13. 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]
14. Karadağ F, Oral T, Yalçin FA, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği [Reliability and validity of Turkish translation of Young Mania Rating Scale]. Turk Psikiyatri Derg. 2002;13(2):107–114.
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4:561–571. [Crossref]
16. Hisli, N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji Derg. 1989;7(23):3–13.
17. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. J Psychopathol Behav Assess. 2004;26(1):41–54. [Crossref]
18. Bardeen JR, Fergus TA, Orcutt HK. An examination of the latent structure of the difficulties in emotion regulation scale. J Psychopathol Behav Assess. 2012;34(3):382–392. [Crossref]
19. Rugancı RN, Gençöz T. Psychometric properties of a Turkish version of the difficulties in emotion regulation scale. J Clin Psychol. 2010;66(4):442–455. [Crossref]
20. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-suicide severity rating scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry. 2011;168(12):1266–1277. [Crossref]
21. Güneş A, Kılınçaslan A. Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Istanbul: Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine, Specilization in Medicine. 2015. Available from: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ [Last accessed on 2022 Apr 23].
22. Shabani A, Masoumian S, Zamirinejad S, Hejri M, Pirmorad T, Yaghmaeezadeh H. Psychometric properties of structured clinical interview for DSM-5 disorders -clinician version (SCID-5-CV). Brain Behav. 2021;11(5):e01894. [Crossref]
23. Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Topak OZ, Çetin Ş, et al. DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin klinisyen versiyonunun Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması [Adaptation and reliability of the structured clinical interview for DSM-5 disorders -clinician version (SCID-5/CV) to the Turkish language]. Turk Psikiyatri Derg. 2019;30(1):51–56.
24. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? Int J Methods Psychiatr Res. 2003;12(2):65–76. [Crossref]
25. Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. Int J Methods Psychiatr Res. 2005;14(1):29–42. [Crossref]
26. Basım HN, Çetin F. The reliability and validity of the resilience scale for adults Turkish version. Turk Psikiyatri Derg. 2011;22(2):104–114.
27. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. Am J Psychiatry. 1994;151(8):1132–1136. [Crossref]
28. Şar V, Öztürk E, Ikikardes E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. Turkiye Klinikleri J Med Sci. 2012;32(4):1054–1063. [Crossref]
29. Citak C, Erten E. Impact of childhood trauma and attachment on resilience in remitted patients with bipolar disorder. J Affect Disord. 2021;280(Pt A):219-227. [Crossref]
30. Marshall M, Shannon C, Meenagh C, Mc Corry N, Mulholland C. The association between childhood trauma, parental bonding and depressive symptoms and interpersonal functioning in depression and bipolar disorder. Ir J Psychol Med. 2018;35(1):23–32. [Crossref]
31. Xie P, Wu K, Zheng Y, Guo Y, Yang Y, He J, et al. Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. J Affect Disord. 2018;228:41–48. [Crossref]
32. Vieira IS, Pedrotti Moreira F, Mondin TC, Cardoso TA, Jansen K, Souza LDM, et al. Childhood trauma and bipolar spectrum: a population-based sample of young adults. Trends Psychiatry Psychother. 2020;42(2):115–121. [Crossref]
33. Leboyer M, Etain B, Mathieu F, Henry C, Jamain S, Bellivier F. Childhood affective trauma in bipolar affective disorder. In: Bipolar Disorders. England: Blackwell Publishing; 2007. p. 9-10. [Crossref]
34. Janiri D, Sani G, Danese E, Simonetti A, Ambrosi E, Angeletti G, et al. Childhood traumatic experiences of patients with bipolar disorder type I and type II. J Affect Disord. 2015;175:92–97. [Crossref]
35. Weinberg A, Klonsky ED. Measurement of emotion dysregulation in adolescents. Psychol Assess. 2009;21(4):616–621. [Crossref]
36. Van Rheenen TE, Miskowiak K, Karantonis J, Furlong LS, Murray G, Rossell SL. Understanding familial liability for emotion regulation difficulties in bipolar disorder. Psychol Med. 2020;17:1–8. [Crossref]
37. Van Rheenen TE, Murray G, Rossell SL. Emotion regulation in bipolar disorder: profile and utility in predicting trait mania and depression propensity. Psychiatry Res. 2015;225(3):425–432. [Crossref]
38. Hallion LS, Steinman SA, Tolin DF, Diefenbach GJ. Psychometric properties of the difficulties in emotion regulation scale (DERS) and its short forms in adults with emotional disorders. Front Psychol. 2018;9:539. [Crossref]
39. Choi JW, Cha B, Jang J, Park CS, Kim BJ, Lee CS, et al. Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. J Affect Disord. 2015;170:172–177. [Crossref]
40. Kulacaoglu F, Izci F. The effects of emotional dysregulation and impulsivity on suicidality in patients with bipolar disorder. Eur Psychiatry. 2022;65(S1):413–414. [Crossref]
41. Hatkevich C, Penner F, Sharp C. Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. Psychiatry Res. 2019;271:230–238. [Crossref]
42. Neacsiu AD, Fang CM, Rodriguez M, Rosenthal MZ. Suicidal behavior and problems with emotion regulation. Suicide Life Threat Behav. 2018;48(1):52–74. [Crossref]
43. Johnson SL, Tharp JA, Peckham AD, McMaster KJ. Emotion in bipolar I disorder: Implications for functional and symptom outcomes. J Abnorm Psychol. 2016;125(1):40–52. [Crossref]
44. Rajappa K, Gallagher M, Miranda R. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. Cogn Ther Res. 2012;36(6):833–839. [Crossref]
45. Deng M, Pan Y, Zhou L, Chen X, Liu C, Huang X, et al. Resilience and cognitive function in patients with schizophrenia and bipolar disorder, and healthy controls. Front Psychiatry. 2018;9:279. [Crossref]
46. Yao K, Chen P, Zhou H, Ruan J, Chen D, Yang X, et al. The effect of childhood trauma on suicide risk: the chain mediating effects of resilience and mental distress. BMC Psychiatry 2023;23(1):865. [Crossref]