



ARAŞTIRMA / RESEARCH

Bipolar bozuklukta özkıyım davranışının değerlendirilmesi

Assessment of suicidal behavior in bipolar disorder

Kerim Uğur¹, Lut Tamam², Nurgül Özpoğraz², Mehmet Emin Demirkol²

¹Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Malatya, Turkey

²Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Turkey

Cukurova Medical Journal 2019;44(2):659-668

Abstract

Purpose: In this study, the relationship between suicidal behavior and sociodemographic, clinical characteristics, impulsivity and childhood traumas of patients were investigated in bipolar disorder. The study sample was composed of patients with bipolar disorder who were followed in the Bipolar Disorder Unit of the Department of Psychiatry of the Medical Faculty of Çukurova University.

Material and Methods: The study included 91 patients who were admitted to our outpatient clinic with the diagnosis of Bipolar Disorder. The study data were collected by using the Mood Disorders Form, SCID-I, SCID-II, Young Mania Rating Scale, Hamilton Depression Rating Scale, Suicide Behavior Scale, Childhood Trauma Questionnaire and Barratt Impulsivity Scale. All diagnostic procedures and interviews were performed by the same psychiatrist.

Results: Of the 91 patients included in the study, 52 were female and 39 were male. There were history of suicide attempt in 40 of 91 bipolar disorder patients. In the group attempting suicide, the depressive and mixed episodes were more often and the functionality was partially affected during the inter-episode period and the frequency of psychotic features was higher. In addition, we could not find any statistically significant relationship between the two groups for childhood trauma and impulsivity.

Conclusion: Bipolar Disorder is a lifelong disease that significantly disrupts functionality. Bipolar disorder is associated with high rates of suicide attempt and completed suicide. In this respect, the investigation of sociodemographic, clinical and other variables among patients with suicidal behavior and the detection of possible risk factors will be effective in preventing possible suicidal behavior.

Keywords: Bipolar disorder, suicidal behavior, childhood trauma, impulsivity

Öz

Amaç: Bu çalışmada Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Birimi'nde düzenli olarak Bipolar Bozukluk tanısıyla izlenen hastalarda özkıyım davranışının, hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, dürtüsellik ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya polikliniğimize başvuran Bipolar Bozukluk tanısıyla izlenen 91 hasta dahil edilmiştir. Çalışma verileri tarafımızca oluşturulan Duygudurum Bozuklukları Hasta Kayıt Formu, SCID-I, SCID-II, Young Mani Değerlendirme Ölçeği, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, Özkıyım Davranışı Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Tüm tanılama işlemleri ve görüşmeler aynı psikiyatrist tarafından yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 91 hastanın 52'si kadın, 39'u erkekti. Çalışmamızda 91 bipolar bozukluk hastasının 40'ında özkıyım girişimi öyküsü vardı. Özkıyım girişiminde bulunan grupta hastalık sürecinin daha çok depresif ve karma ataklarla seyrettiği, ataklar arası dönemde işlevselliğin kısmi etkilenmiş olduğunu ve psikotik özellikli daha ağır atak sıklığının daha fazla olduğunu bulduk. Bunun yanında iki grup arasında çocukluk çağı travmaları ve dürtüsellik için istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulamadık.

Sonuç: Bipolar Bozukluk yaşam boyu süren ve işlevselliği büyük oranda bozan bir hastalıktır. Bipolar bozukluk yüksek oranlarda özkıyım girişimi ve tamamlanmış özkıyım ile ilişkilidir. Bu açıdan özkıyım davranışında bulunan hastalarla bulunmayan hastalar arasındaki sosyodemografik, klinik ve diğer değişkenlerin araştırılması ve olası risk faktörlerinin tespiti hastalarda gelişebilecek olası özkıyım davranışını önlemede etkili olacaktır.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, özkıyım davranışı, çocukluk çağı travmaları, dürtüsellik

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Mehmet Emin Demirkol, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Turkey E-mail: emindemirkol@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 26.12.2018 Kabul tarihi/Accepted: 23.01.2019 Çevrimiçi yayın/Published online: 23.03.2019

GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BPB) hipomanik, manik, depresif ataklarla giden, atakların karma özellikler gösterebildiği, ataklar arasında iyilik dönemlerinin olduğu ve sıklıkla mevsimsel özellik gösteren bir duygudurum bozukluğudur¹. Özkıym davranışı insanın kendi ölümüyle sonuçlanabilecek bir girişimde bulunması ve kişinin kendisine yönelttiği bir şiddet eylemidir. Duygudurum bozuklukları ile yapılan izlem çalışmalarında hastaların %15'inin özkıym nedeniyle öldüğü saptanmıştır. Bu oran genel popülasyonun 20 katı kadardır. Özkıym girişi ve buna bağlı ölümlerin önlenmesinde özkıym girişimlerinin tanımlanması ve risk etkenlerin saptanması, risk altındaki bireylere yardım ve özkıymdan korunma stratejilerinin belirlenmesi önem arz etmektedir².

BPB'de özkıym davranışı ile hastalığın başlangıç yaşı, ilk atağın tipi, hastalık şiddeti, ataklar arası dönemde belirtilerin olup olmadığı, hastalık seyri boyunca ortaya çıkan atakların yaygın dönem özellikleri ve tipi, hastaların sosyodemografik özellikleri gibi değişkenler arasında ilişki olduğu çalışmalarda gösterilmiştir^{3,4}.

Dönemler arasındaki farklılık değerlendirildiğinde tamamlanmış özkıym açısından manik dönemde hastalar düşük risk taşıırken karma özellikler, disforik mani ve depresyon dönemleri daha yüksek riskle ilişkili bulunmuştur^{5,6}. Depresyon dönemleri arasına hipomanik dönemlerin girdiği BPB II hastaları da özkıym için yüksek riskli gruptadır^{7,8}. Özkıym girişimi olan hastalarda alkolizm ve şizotipal özellikler yüksek oranda bulunmuştur^{2,9,10}.

Özkıym davranışı için diğer önemli risk faktörleri arasında ailede özkıym öyküsü ve çocukluk çağında fiziksel, duygusal ve cinsel ihmal, istismar öyküsü yer alır. Ayrıca çocukluk çağı travması öyküsü olan bireylerde ilerleyen yıllarda olmayan gruba göre artmış agresyon ve dürtüsellik saptanmıştır^{11,12,13}.

Diğer önemli bir risk faktörü de BPB hastalarında özellikle de mani dönemiyle ilişkili bulunan dürtüselliktir. Kompleks bir davranış örüntüsü olan dürtüsellik plan yapmadan refleks olarak eyleme geçme olarak tanımlanabilir. Bu nedenle dürtüsellik bilinçli olarak yapılmayan davranışsal filtre süreçlerinden geçmeyen bir süreçle ilişkilidir. BPB'de özkıymın daha sık olduğu depresif dönemlerle dürtüsellik ilişkisi yeterince çalışılmamıştır. Dürtüsellik ve özkıym davranışı arasındaki ilişkiyi

araştırmak amacıyla yapılan çalışmalarda dürtüsellik özkıyma meyille birlikte özkıym girişiminin ciddiyeti ile de ilişkili olduğu belirlenmiştir^{14,15}.

Aynı hastalık grubunda özkıym girişiminde bulunan ve bulunmayan hasta grupları arasındaki olası farkları tespit etmek ve özkıym davranışı için risk faktörlerini belirlemek, özkıym davranışının öngörülmesine ve önlenmesine yardımcı olacaktır. Bu çalışmada; Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Birimi'nde BPB tanısı ile izlenen hastaların özkıym davranışı ile sosyodemografik faktörler, hastalığın klinik seyri, dürtüsellik ve çocukluk çağı travma öyküsü arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmanın örneklem grubu Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Birimi'nde 01.07.2011-31.12.2011 tarihleri arasında ayaktan düzenli olarak izlenen hastalardan oluşmuştur. Çalışma grubu yaşları 18-65 arası olan, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre, BPB I ve BPB II tanısı konmuş ve bu tanıyla en az 6 aydır izlenmekte olan 52 kadın, 39 erkek toplam 91 hastadan oluşmuştur. Çalışmaya, en az 2 aydır klinik açıdan ötimik olan olgular kabul edilmiştir. Aktif hastalık döneminde olan (manik atak, depresif atak, hipomanik atak) BPB hastaları, psikotik bozukluk, demans, mental retardasyonu tanısı alanlar, parkinson hastalığı, dejeneratif hastalıklar, multipl skleroz gibi nörolojik hastalığı olanlar çalışma dışında bırakıldı.

DSM-IV Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-II), Özkıym Davranışı Ölçeği (ÖDÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11) hastalar tarafından dolduruldu. Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMD), Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), DSM-IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), Duygudurum Bozuklukları Hasta Kayıt ve İzleme Formu hastayla yapılan görüşme sırasında araştırmacı tarafından uygulandı. Çalışmaya katılan hastaların ötimik dönemde oldukları YMD ve HAM-D ölçekleri kullanılarak belirlendi. SCID-I ile ek tanı açısından değerlendirildi.

Hastalara çalışmaya alınmadan önce araştırma, uygulanan testler ve elde edilecek sonuçların nasıl değerlendirileceği hakkında ayrıntılı bilgi verilerek, aydınlatılmış yazılı onamları alınmıştır. Çalışmanın

etik kurul onamı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verilmiştir.

Veri toplama araçları

Duygudurum Bozuklukları Hasta Kayıt Formu

Bu çalışmada Çukurova Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Bipolar Bozukluk Birimi tarafından hazırlanan “Hasta Kayıt ve İzleme Formu” kullanılmıştır. Bu form birimizde izlenen BPB tanılı olguların ortak, sistematik bir kayıt formu ile veri tabanı oluşturmak amacıyla hazırlanmıştır. Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, çalışma durumu, sosyoekonomik düzeyi gibi sosyodemografik verileri, eşlik eden fiziksel ve psikiyatrik hastalıkları, psikoaktif madde kullanımı, doğum ve çocukluk öyküsü, duygudurum bozukluğunun genel özellikleri, intihar düşüncesi, intihar girişimi sayısı, dönem ve biçimi de form içinde sorgulanmıştır.

Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMD)

Young ve ark. tarafından maninin şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekteki maddeler BPB manik dönemdeki çekirdek belirtileri (hafiften ağıra doğru derecelendirecek biçimde) kapsamaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve ark. tarafından yapılmıştır^{16,17}.

Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

Hamilton tarafından depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçme amacıyla geliştirilmiştir. Görüşmeci tarafından uygulanır. 17 maddeden oluşur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve ark. tarafından yapılmıştır^{18,19}.

DSM-IV-TR Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I)

DSM-IV-TR’ye göre psikiyatrik tanıların konmasında yaygın olarak kullanılan yapılandırılmış klinik bir görüşme ölçeğidir. First ve ark. tarafından geliştirilmiş, Özkürkçügil ve ark. tarafından Türkçe’ye uyarlanmış ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır^{20,21}.

DSM-IV Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID II):

SCID-II, yarı yapılandırılmış, klinisyen tarafından

uygulanan bir testtir. DSM-IV-TR’de ikinci eksende tanımlanan kişilik bozukluğu tanıları için kullanılmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Sorias ve ark. tarafından yapılmıştır. SCID II bireysel uygulamalı bir form olup, sorular hastaya yöneltilerek alınan yanıtlara ve görüşme esnasındaki klinik yargıya göre hastalar değerlendirilmektedir^{22,23}.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11)

Barratt ve arkadaşları tarafından dürtüsellik ölçmek için geliştirilmiş, 30 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyin kendisinden yanıt olarak ‘nadiren/ hiçbir zaman’, ‘bazen’, ‘sıklıkla’ ve ‘hemen her zaman/her zaman’ seçeneklerinden en uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. Faktör analiziyle 3 alt faktör elde edilmiştir: dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik, tasarlanmamış dürtüsellik (plan yapmama). Yüksek puanlar yüksek dürtüsellik düzeyini gösterir. Türkçe uyarlaması yapılmıştır^{24,25}.

Özkıyım Davranışı Ölçeği

Linehan ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Özkıyım Davranışı Ölçeği’nin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Bayam ve arkadaşları tarafından araştırılmıştır. Ölçek özkıyım plan ve girişimi, geçmişe ait özkıyım öyküsü, özkıyım düşüncesi, özkıyım tehdidi, özkıyımın tekrar edilebilirliği ile ilgili sorular içermektedir. Puan arttıkça özkıyım davranışının ciddiyet derecesi de artmaktadır^{26,27}.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28):

Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Şar tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocuktaki duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içerir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında cinsel ve fiziksel istismar için 5 puan, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 puan, duygusal ihmal için 12 puan, toplam skor içinse 35 puan kesme puanı olarak belirlenmiştir^{28,29}.

İstatistiksel analiz

Tüm istatistiksel yöntemler SPSS for Windows 12.0 paket programı yardımıyla yapıldı. Kategorik değişkenlerin, sıklıklarının ve oranlarının karşılaştırılmasında Ki kare, gerekli yerlerde Fisher Kesin Ki-kare testi uygulandı. İki grubun sürekli değişkenlerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında t testi, parametrik varsayımların sağlanmadığı durumlarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Ayrıca sosyodemografik veriler ve klinik özelliklerle ilgili tanımlayıcı istatistikler de sunulmuştur. Çalışmada istatistiksel anlamlılık değeri olan alfa 0.05 olarak alınmıştır. Çoklu karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya alınan toplam 91 hastanın 52'si (%57.1) kadın, 39'u (%42.9) erkekti. Hastaların yaşları 19-61

arasında dağılmakta ve ortalama yaş 36.67 ± 10.49 yıldır. Hastaların %72'si lise ve yüksekokul düzeyinde eğitime sahiptir. Hastaların %45.1'i evli ve %93.4'ü çekirdek aile içinde yaşıyordu. %96.7'si yeterli sosyal desteğe sahipti. Genel olarak değerlendirildiğinde çalışmaya alınan hastalar sosyodemografik olarak homojen dağılım gösteriyordu. BPB tanılı hastaların yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek, sosyoekonomik durum gibi sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. BPB hastalarının sosyodemografik özellikleri

Değişken		
Yaş (ort.)		36.67 ±10.4
		n=91 (%)
Eğitim	İlköğretim	10 (11)
	Ortaöğretim	9 (9.9)
	Lise	32 (35.2)
	Yükseköğretim	40 (44)
Medeni durum	Evli	41 (45.1)
	Dul-Boşanmış-Ayrı	45 (49.5)
	Bekar	5 (5.5)
Meslek	İşsiz	20 (22)
	Ücretli(işçi, memur)	36 (39.6)
	Öğrenci	6 (6.6)
	Ev kadını	16 (17.6)
	Emekli	6 (6.6)
	Çiftçi	1 (1.1)
	Serbest	6 (6.6)
Sosyoekonomik düzey	Üst	1 (1.1)
	Orta-üst	15 (16.5)
	Orta-alt	56 (61.5)
	Alt	18 (19.8)
Yaşadığı aile	Çekirdek	85 (93.4)
	Geniş	4 (4.4)
	Yalnız	2 (2.2)
Sosyal destek	Var	88 (96.7)
	Yok	0 (0)
	Yetersiz	(3.3)

Tablo 2. BPB tanılı hastaların özgeçmiş özellikleri

	Ö.G. (+)	Ö.G. (-)	Toplam	p	
	n	n	n		
Çocukluk dönemi psikiyatrik hastalık öyküsü	6(15)	8(15.7)	14(15.4)	>0.05	
Psikiyatrik ek tanı	Panik Bozukluk	11(27.5)	5(9.8)	16	>0,05
	YAB	5(12.5)	4(7.8)	9	>0,05
	OKB	1(2.5)	5(9.8)	6	>0,05
	Sosyal fobi	2(5)	1(1.9)	3	>0,05
	Özgül fobi	1(2.5)	0	1	>0,05
Alkol-madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı	2(5)	6(11.7)	8	>0,05	
Fiziksel hastalık öyküsü	11(27.5)	15(29.4)	26	>0.05	

Ö.G: Özkıym girişimi, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

Çalışmaya dahil edilen 91 hastanın 40 tanesinde (%43.9) ölümle sonuçlanmamış özkıyım girişi öyküsü saptandı. Özkıyım girişiminde bulunan hastaların %15'inde, bulunmayan hastaların %15.7'sinde çocukluk dönemi psikiyatrik hastalık öyküsü saptandı. Özkıyım girişi olan hastaların %27.5'inde panik bozukluk, %12.5'inde yaygın anksiyete bozukluğu, %7.5'inde fobik bozukluklar, %5'inde alkol madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı vardı. Ayrıca özkıyım girişi öyküsü olan hastaların %27.5'inde bedensel hastalık öyküsü olduğu saptandı. Hastaların fiziksel ve psikiyatrik hastalık geçmişleri özellikleri Tablo 2'de

gösterilmiştir. Çalışmaya alınan hastaların 85'i (%93.4) BPB I ile 6'sı (%6.6) BPB II ile izlenmekteydi. Özkıyım girişiminde bulunan hastaların 38'i (%95) BPB I tanısı ile izlenmekteydi. Hastalık süreleri; özkıyım girişi öyküsü olan grupta 11.83 ± 1.5 , özkıyım girişi öyküsü olmayan grupta 11.6 ± 1.1 idi. Hastalık başlangıç yaşı; özkıyım girişi öyküsü olan grupta 24.47 ± 6.05 , olmayan grupta 25.39 ± 8.13 idi. İki grup arasında başlangıç yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. Hastaların genel klinik özellikleri ile ilgili bazı bulgular Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Hastaların genel klinik özellikleri

		Ö.G.(+) n(%)	Ö.G.(-) n(%)	P
Hastalık süresi		11.83	11.61	>0.05
Tanı	BPB I	38(95)	47(92.2)	>0.05
	BPB II	2(5)	4(7.8)	>0.05
Hastalık başlangıç yaşı		24.47	25.39	>0.05

Ö.G: Özkıyım girişi, BPB: Bipolar Bozukluk

Hastaların dönem ve gidiş özellikleri incelendiğinde örneklem grubunun çoğunda ilk atağın depresyon olduğu saptanmıştır. Özkıyım girişi öyküsü olan grupta hastalık süresince depresyon ve karma atakların daha fazla olduğu, mani ataklarının ise daha nadir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca dönemler arası

belirtilerin olmaması özkıyım girişi açısından koruyucu faktör olarak göze çarpmaktadır. Bunun yanında hastalığın şiddetli ve psikotik özellikli olması özkıyım girişi öyküsü olan grupta fazla bulunmuştur. Hastaların BPB seyirleri ile ilgili bazı bilgiler Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Hastalık seyriyle ilgili bilgiler

		Ö.G.(+)n (%) (ort.)	Ö.G.(-) n(%) (ort.)	P
Geçirilen toplam dönem sayısı	Toplam dönem sayısı	4.15	3.76	>0.05
	Toplam manik dönem sayısı	1.52	2.13	>0.05
	Toplam hipomanik dönem sayısı	0.42	0.58	>0.05
	Toplam karma dönem sayısı	0.37	0.09	>0.05
	Toplam depresyon dönemi sayısı	1.82	0.94	>0.05
Dönemler arası belirti	Yok	26 (%48.1)	28 (%51.9)	<0.05
	Hafif	14 (%43.8)	18 (%56.2)	
	Orta	0	0	
Mevsimsel özellik		35 (%46.1)	41 (%53.9)	>0.05
Hızlı döngülülük		6 (%60)	3 (%40)	>0.05
Psikotik özellik		33 (%44)	42 (%56)	>0.05
Hastalık şiddeti	Hafif	0	2 (%3.9)	<0.05
	Orta	5 (%12.5)	2 (%3.9)	
	Şiddetli (psikotik özellik yok)	5 (%12.5)	14 (%27.4)	
	Şiddetli (psikotik özellikli)	30 (%75)	33 (%64.7)	

Hastaların 40'ında (%43.9) özkıyım girişi öyküsü olduğu saptanmıştır. Özkıyım girişi öyküsü olanların 25'i (%62.5) kadın, 15'i (%37.5) erkekti. Her iki cinsiyette de özkıyım girişimleri sıklıkla depresyon ataklarında ve ilk atakta gerçekleşmişti. Özkıyım

girişi yöntemleri arasında en sık yöntem aşırı miktarda ilaç alımıydı. Yalnızca 1 erkek hastada yüksekten atlama gibi ölümcüllüğü yüksek girişim öyküsü vardı. Özkıyım girişi için bazı parametreler Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Özkıyım girişimi öyküsü

		Kadın n %	Erkek n %	P
Özkıyım girişim		25 (%48)	15 (%38.4)	>0.05
Özkıyım girişimi dönem	Mani	2 (%8)	2(%13)	>0.05
	Depresyon	19 (%76)	10(%66)	>0.05
	Hipomani	0	0	-
	Karma	4 (%16)	3(20)	>0.05
	Ötimik	0	0	-
Özkıyım biçimi	İlaç	21(%80)	9(%60)	>0.05
	Yüksekten atlama	0	1(%6.6)	>0.05
	Diğer	4(%20)	5(%34.4)	>0.05

Hastalar BIS-11 puanları açısından değerlendirildiğinde ortalama puanlar açısından özkıyım girişimi öyküsü olan ve olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Çocukluk çağı travmaları ölçeği puanlarına bakıldığında fiziksel ihmal, duygusal kötüye kullanım, fiziksel kötüye kullanım puan türlerinde özkıyım davranışı öyküsü olan grupta puanların diğer gruba göre daha yüksek olduğu saptandı. Fakat bu bulgu

istatistiksel olarak anlamlı değildi. Özkıyım düşüncesi ölçeği puanları açısından hastalara yapılan değerlendirme sonucunda özkıyım girişiminde bulunan grupta ortalama puan 3.35 ± 2.13, özkıyım girişiminde bulunmayan grupta toplam puan 1.09 ± 1.82 olarak saptandı. İki değer arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark bulunmaktaydı. BIS-11, CTQ 28, ÖDÖ puanları Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. BIS-11-, CTQ, ÖDÖ puanlarının değerlendirilmesi

		Ö.G.(+) (ort.)	Ö.G.(-) (ort.)	P
Barrett dürtüsellik ölçeği puanları (BIS-11)	Toplam	63.32 ± 11.4	59.07 ± 10.03	>0.05
	Faktör 1 (Dikkat)	27.07 ± 4.88	25.39 ± 5.04	>0.05
	Faktör 2 (Motor)	19.97 ± 5.27	18.33 ± 4.25	>0.05
	Faktör 3 (Plan yapmama)	15.85 ± 4.54	14.76 ± 3.76	>0.05
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	Duygusal ihmal	13.5 ± 3.8	13.9 ± 4.4	>0.05
	Fiziksel ihmal	11.6 ± 2.96	10,8 ± 1.6	>0.05
	Duygusal kötüye kullanım	12.6 ± 3.39	11.7 ± 2.1	>0.05
	Fiziksel kötüye kullanım	9.37 ± 2.55	8,6 ± 1.8	>0.05
	Cinsel kötüye kullanım	10.9 ± 3.65	11.11 ± 3.08	>0.05
	Ağırlıklı toplam puan	57.8 ± 7.16	56.03 ± 5.77	>0.05
	Minimizasyon	0.05 ± 0.22	0.01 ± 0.14	>0.05
Özkıyım Düşüncesi Ölçeği		3.35 ± 2.13	1.09 ± 1.82	<0.05

CTQ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, BIS-11: Barrat Dürtüsellik Ölçeği, ÖDÖ: Özkıyım Düşünceleri Ölçeği, Ö.G: Özkıyım Girişimi.

TARTIŞMA

Bu çalışmada BPB hastalarının %43.9'unun yaşamları boyunca en az 1 kez özkıyım girişimi öyküsü olduğu ve bazı hastalarda yaşam boyu birden fazla özkıyım girişimi olduğu saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğunda özkıyım girişimlerinin depresyon atağı veya karma özellikler mevcut iken olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastalık süreci boyunca depresyon atağı ve karma atağı daha sık ortaya çıkmış hasta grubunda özkıyım girişimi öyküsünün daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında mani

ataklarının daha sık olduğu grubun özkıyım girişimi öyküsü ile az ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmalarda tamamlanmış özkıyım açısından, manik dönemde hastalar düşük risk taşırken, karma ve disforik mani daha yüksek riskle ilişkili bulunmuştur^{30,31}. Diğer BPB atakları ile karşılaştırıldığında disforik maninin özkıyım için daha fazla risk oluşturması, disforik maninin tedaviye daha az yanıt veren daha uzun epizodlarla ilişkili olmasından kaynaklanıyor olabilir^{32,33}. Karma atakta özkıyım riskini artıran olası nedenler arasında depresif dönemde yaşanabilen irritabilite ve gerginlik gibi

semptomlar sayılabilir³⁴. Belki de özkıyım hastanın kendisini bu dayanılmaz durumdan kurtarması için bir seçenektir³⁵.

Çalışmamızda ayrıca hastalık boyunca geçirilen atak sayısının fazlalığı ile özkıyım girişimi arasında pozitif ilişki olduğunu belirlendi. Bu bağlamda şiddetli klinik tabloyla seyreden, ataklar sırasında psikotik özellikler gösteren hastalarda özkıyım girişimi, tam tersi özellikler gösteren gruba göre daha fazla bulundu. Ayrıca ataklar arası dönemlerde belirtilerin kaybolduğu yani rezidüel belirtilerin olmadığı hastalarda özkıyım girişimi öyküsü daha az olarak saptandı.

Valproat ve karbamezapin gibi duygudurum düzenleyicileri disforik hastaların anksiyetelerini ve özkıyım düşüncelerini artırabilir. Bu iddia tartışmaya açıktır^{34,36}. Çalışmamızda koruyucu ilaç sağaltımı ile özkıyım girişimi öyküsü açısından anlamlı ilişki saptayamadık. Çalışmaya aldığımız hastaların koruyucu sağaltımı en sık lityum olmak üzere, sonrasında sodyum valproat ve karbamezapin ile sağlanıyordu. Hastalarımızın bir kısmı duygudurum düzenleyici dışında antipsikotik ve antidepresan ilaçlar kullanıyorlardı. Bu gruplar arasında da istatistiksel anlamlı fark yoktu.

BPB'deki özkıyım riski artışı alkol madde kullanımına veya eşlik eden komorbid bir hastalıkla ilişkili olabilir. BPB I tanılı hastaların yaklaşık %60'ında alkol ve madde kullanımı olduğu bildirilmiştir^{37,38}. Hızlı döngülü BPB ve disforik mani alkol-madde kullanımı için en riskli gruptur. Çalışmamızda her ne kadar alkol ve madde kötüye kullanılan grupta daha fazla özkıyım girişimi öyküsü saptanmış olsa da olası örneklem küçüklüğünün etkisi ve nikotin bağımlılığın çalışmaya dahil edilmemesi nedeniyle iki grup arasında istatistiksel olarak farklılık saptanamamıştır.

Depresyon dönemleri arasında hipomanik hecmelerin girdiği BPB II tanılı hastalar özkıyım için yüksek riskli gruptadır^{39,40}. Hastalar özkıyım meyilleri açısından sıralandıklarında BPB II sonrasında Major Depresif Bozukluk ve BPB I yer alır⁴¹. Bu verinin elde edildiği çalışma BPB II hastalarının, BPB I karma atağına göre özkıyım daha meyilli olduğunu gösteren çalışmalardan birisidir⁴¹. Diğer çalışmalar bu bulgunun aksini belirtse de BPB II alt tipleri özkıyım için daha fazla risk artışı ile ilgili bulunmuştur^{42,43}. Çalışmamızda ise yeterli sayıda BPB II hastası çalışmaya alınmamış ve bu konuda istatistiksel olarak anlamlı veri elde edilememiştir.

Özkıyım riskinin erken başlangıç yaşıyla ilişkili olduğu daha önce yapılan bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Çalışmamızda özkıyım girişimi öyküsü olan grupla olmayan grup arasında başlangıç yaşı açısından özkıyım girişimi olan grup lehine küçük bir fark olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmaya aldığımız BPB hastalarından özkıyım girişiminde bulunan grupta özkıyım davranışı kadın hasta grubunda hafif yüksek olsa da cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çoğu çalışmada da özkıyım girişimi ve yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır⁴⁴. Ailede özkıyım öyküsünün olması ya da çocukluk çağı istismarı BPB'de özkıyım için risk faktörü olarak belirlenmiştir. Yapılan bir çalışma da ailede özkıyım girişimi öyküsü veya çocukluk çağı travması olmayanlarda olan gruba göre özkıyım riskinin daha düşük olduğu bulunmuştur⁴⁵. Özkıyım girişimi öyküsü veya çocukluk çağı travmasının herhangi birinin olduğu grupta risk artışı fazla, ikisi de varsa toplam girişim sayısı ve ilk girişim yaşının daha erken olduğu saptanmıştır. İkisinin de pozitif olduğu grupta ilk atak yaşı ve hastaneye yatış için daha fazla risk, ayrıca borderline kişilik bozukluğu ve madde kullanımının daha fazla, hastalık seyrinin kötü ve özkıyım riskinin artmış olduğu gözlenmiştir. Diğer taraftan aile öyküsü ve çocukluk çağı travması öyküsüne sahip olmayan grubun yarısı da özkıyım girişiminde bulunmuştur⁴⁵. Çalışmamızda hem özkıyım girişimi öyküsü olan hem olmayan grupta CTQ-28 puanları ölçeğin Türkçe versiyonu için belirlenen kesme puanlarından belirgin olarak yüksekti. Özellikle duygusal ihmal puanlarındaki yükseklik dikkat çekiciydi. Özkıyım girişimi öyküsü olan ve olmayan gruplar CTQ-28 puanları açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamadı.

Çeşitli klinik popülasyonlarda dürtüsellik özkıyım girişiminde bulunanlarda ve tamamlayanlarda özkıyım girişimi olmayan gruba göre daha yüksek saptanmıştır^{46,47,48}. Dürtüsellik BPB ve ilişkili hastalıklara eşlik eder^{49,50}. Standart sorgulama yöntemlerinde BPB'de ötimi dönemlerinde bile dürtüsellik yüksek bulunmuştur⁵¹. Geçmiş çalışmalarda dürtüsellik geçmiş ya da gelecekteki özkıyım davranışıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir⁵³. Dürtüsellik klinik durum, entellektüel seviye ve eğitim seviyesi ile ilişkilidir. Swan ve arkadaşları yaptığı çalışmada eğitim durumunun geçmişi özkıyım davranışının varlığı sıklığı ve ciddiyeti ile ilişkisinin olmadığı bulunmuştur. Saf depresyon ya da karma

dönemde olan hastaların geçmiş özkıyım girişimlerinin daha ciddi olduğu bulunmuştur^{50,52}.

Özkıyım girişimi olan ve olmayan BPB hastalarının dürtüsellik açısından değerlendirildiği bir çalışmada BIS-11 skorları özkıyım girişimi olan hastalarda belirgin olarak yükselmemiş ve özkıyım girişiminin ciddiyeti ile ilişkili bulunmamıştır³. Aksi yönde BIS-11 puanlarında artışın girişim öyküsü ile ilişkili olduğu çalışmalar da mevcuttur³. Bu nedenle ileride yapılacak çalışmalarda BIS-11 dışında daha objektif ölçüm araçları kullanmakta fayda olduğu düşünülebilir. Çalışmamızda da BIS-11 puanları arasında özkıyım girişimi öyküsü olan grupla olmayan grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda özkıyım davranışı ölçeği puanları özkıyım davranışı öyküsü olan grupta istatistiksel olarak anlamlı daha yüksekti. Özkıyım davranışı ölçeği gelecekteki özkıyım niyeti ile ilgili bilgi verebilir. Bu nedenle de özkıyım davranışı öyküsü olan grupta ki yüksek puanlar gelecekte gerçekleşmesi olası özkıyım davranışları için bu grubun belirgin risk altında olduğunu gösterebilir.

Çalışmamızın bazı önemli kısıtlılıkları bulunmaktadır. Her ne kadar çalışmamız sırasında bilgiler dosya taraması ve birebir görüşme ile elde edilmiş olsa da hastaların öz bildirimine dayalı olması ve yıllar önce geçirilmiş özkıyım girişimlerine dair bazı bilgilerin güvenilirliği sorgulanmalıdır. Hasta sayımızın azlığı nedeniyle bu bulguların tüm BPB hastalarına genellenmesi doğru olmayacaktır. Ayrıca BPB II hastalarımızın az olması nedeniyle bu hastalarla ilgili yeterli bilgi edinmemizi engellemiştir. Ayrıca çocukluk çağı travmalarıyla ilgili sağlıklı kontrol grubunun olmaması BPB için CTQ-28 kesme puanlarını tespit etmemizi engellemiştir. Dürtüsellik ve çocukluk çağı travmalarının değerlendirilmesinde sadece ölçek kullanılmış olması da çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır.

Sonuç olarak özkıyım girişiminde bulunan ve bulunmayan BPB hastalarının olası özkıyım risk faktörlerini saptamak amacıyla sosyodemografik, klinik özellikler ve çocukluk çağı travmaları ve dürtüsellik gibi çeşitli alanlarda farklılık olup olmadığını değerlendirmek için yaptığımız bu çalışmada literatürle uyumlu olarak hastalık süresince depresyon atağı fazla olanlarda, daha fazla karma atak geçirenlerde ve nispeten daha dürtüsel olan hastalarda özkıyım girişimi öyküsünün daha fazla olduğunu saptadık. Bunun yanında ilk atak döneminde özkıyım girişimi riskinin fazla olduğunu saptadık. Bu açıdan

bahsedilen özellikleri taşıyan grupta özkıyım davranışı için risk artışı olduğu akılda tutulmalıdır.

Çalışmamızda ne cinsel ne duygusal ne de fiziksel istismar ve ihmal ile özkıyım arasında ilişki bulunmamıştır. BPB hastaları yaşamları boyunca ciddi oranlarda özkıyım girişimi ve ölümlerle sonuçlanan özkıyım girişimi riski altındadır. Özkıyım davranışı için risk faktörlerinin belirlenmesi bir hastalık grubunda özkıyım davranışı girişiminde bulunan ve bulunmayan grupların farklılıklarının gösterilmesiyle belirlenebilir. Risk faktörlerinin belirlenmesiyle özkıyım davranışının önceden öngörülebilmesi ve engellenmesi ilerde yapılacak çalışmalarda elde edilecek verilerle sağlanabilir.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: NÖ, LT, KU; Veri toplama: MU, MED; Veri analizi ve yorumlama: LT, NÖ, KU, MED; Yazı taslağı: LT, NÖ, KU, MED; İçeriğin eleştirilip incelenmesi: LT; Son onay ve sorumluluk: KU, LT, NÖ, MED; Teknik ve malzeme desteği: LT, NÖ, KU, MED; Süpervizyon: NÖ, LT; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Bilgilendirilmiş Onam: Katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: Concept/Design : NÖ, LT, KU; Data acquisition: MU, MED; Data analysis and interpretation: LT, NÖ, KU, MED; Drafting manuscript : LT, NÖ, KU, MED; Critical revision of manuscript: LT; Final approval and accountability: KU, LT, NÖ, MED; Technical or material support: LT, NÖ, KU, MED; Supervision: NÖ, LT; Securing funding (if available): n/a.

Informed Consent: Written consent was obtained from the participants.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı (Çeviri). Ankara: Güneş Kitabevi. 2007.
2. Jamison KR et al. Suicide and bipolar disorder. J Clin Psychiatry. 2000;61:47-51.
3. Swann C, Donald M, Peggy J. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry. 2005;162:1680-7.
4. Simon TR, Swann AC, Powell KE, Potter LB, Kresnow M et al. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. Suicide Life Threat Behav. 2001;32:30-41.
5. Soares JC. Recent advances in the treatment of bipolar mania, depression, mixed states and rapid cycling. Int Clin Psychopharmacol. 2000;15:183-96.
6. Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KM et al. Suicidal behavior in bipolar mood disorder clinical characteristics of attempters and non attempters. J Affect Disord. 2000;59:110-7.

7. Swann AC, Koslow SH, Katz MM, Maas JW, Javaid J, Secunda SK et al. Lithium carbonate treatment of mania: cerebrospinal fluid and urinary monoamine metabolites and treatment outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:345-54.
8. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1999;156:181-9.
9. Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, McElroy L. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:459-63.
10. Frances A, Fyrer M, Clarkin J. Personality and suicide. *Ann NY Acad Sci*. 1986;281-93.
11. Sar V, Taycan O, Bolat N, Ozmen M, Duran A, Ozturk E et al. Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology*. 2010;43:33-40.
12. Sar V, Islam S, Ozturk E. Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;63:670-7.
13. Thombs BD, Bernstein DP, Lobbes ta el J, Arntz A. A validation study of the Dutch Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: factor structure, reliability, and known-groups validity. *Child Abuse Negl*. 2009;33:518-23.
14. Corruble E, Damy C, Guelfi JD. Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *J Affect Disord*. 1999;53:211-5.
15. Swann AC, Moeller FG, Steinberg JL, Schneider L, Barratt ES et al. Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disord*. 2007;9:206-12.
16. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British Journal of Psychiatry*. 1978;133:429-35.
17. Karadağ F, Oral ET, Yalçın FA, Erten E. Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;13:107-14.
18. Hamilton MA. Rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62.
19. Akdemir A, Türkçapar HM. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 1996;4:251-9.
20. Ventura J, Liberman RP, Green MF, Shaner A, Mintz J. Training and quality assurance with the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-1/P). *Psychiatry Res*. 1998;79:163-73.
21. Corapcıoğlu A, Aydemir O, Yıldız M, Esen A, Koroğlu E. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) Türkçe Formu. *Hekimler Yayın Birliği*. 1999.
22. Coşkunol H, Bağdiken İ, Soriaş S, Saygılı R. SCID-II görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1994;9:26-9.
23. Gibbon M, Spitzer RL, Williams JB. Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 1997.
24. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995;52:768-74.
25. Güleç H, Tamam L, Yazıcı-Güleç M, Turhan M, Karakuş G, Zengin M et al. Psychometric properties of the Turkish version of The Barratt Impulsiveness Scale-11. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 2008;18:251-8.
26. Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V, Holat H, Tüzer T. İntihar davranışı ve depresyon, ümitsizlik, intihar düşüncesi ilişkisi: İntihar Davranış Ölçeği geçerlilik, güvenilirlik çalışması. *Kriz Dergisi*. 1995;3:223-5.
27. Linehan M, Nielsen S. Assessment of suicide ideation and parasuicide. Hopelessness and social desirability. *J Consult Clin Psychol*. 1981;49:773-5.
28. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1132-6.
29. Sar V, Öztürk V, İkikardeş E. Validity and reliability of the Turkish version of the childhood trauma questionnaire. *Journal of Medical Sciences*. 2012;32:1053-63.
30. Dilsaver SC, Yhan Who C, Swann AC. Suicidality in patients with pure and depressive mania. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1312-5.
31. Goldberg JF, Garno JR, Portera L. Correlates of suicidal ideation in dysphoric mania. *J Affect Disord*. 1999;57:75-81.
32. Keller MB, Lavori PW, Correll W. Differential outcome of pure manic, mixed/cycling, and pure depressive episodes in patients with bipolar illness. *JAMA*. 1986;144:96-8.
33. Prien RF, Himmelhoch JM, Kupfer DJ. Treatment of mixed mania. *J Affect Disord*. 1988;15:9-15.
34. McElroy SL, Keck PR Jr, Pope HG Jr. Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *Am J Psychiatry*. 1992;149:1633-44.
35. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic Depressive Illness*. New York, NY, Oxford University Press, 1990.
36. Clothier J, Swann AC, Freeman T. Dysphoric mania. *J Clin Psychopharmacol*. 1992;12:13-6.
37. Himmelhoch JM, Mulla D, Neil JF. Incidence and significance of mixed affective states in a bipolar population. *Arch Gen Psychiatry*. 1976;33:1062-6.
38. Sonne SC, Brady KT. Substance abuse and bipolar comorbidity. *Psychiatr Clin North Am*. 1999;22:17-22.
39. Bulik CM, Carpenter LL, Kupfer DJ, et al. Features associated with suicide attempts in recurrent major depression. *J Affect Disord*. 1990;18:29-27.
40. Amsterdam JD, Garcia Espana F, Fawcett J. Efficacy and safety of fluoxetine in treating bipolar II depressive episode. *J Clin Psychopharmacol*. 1998;18:435-40.
41. Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J. Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid

- substance use disorder. *J Clin Psychiatry*. 1990;60:63-9.
42. Lester D. Suicidal behavior in bipolar and unipolar affective disorders: a meta analysis. *J Affect Disord*. 1993;27:117-21.
 43. Vieta E, Benabarre A, Colom F. Suicidal behavior in bipolar I and bipolar II disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185:407-9.
 44. Valtonen H. Suicidal behaviour in bipolar disorder. Helsinki: National Public Health Institute. 2007.
 45. Carballo JJ, Harkavy-Friedman J, Burke AK. Family history of suicidal behavior and early traumatic experiences: addictive effect on suicidality and course of bipolar illness. *J Affect Disord*. 2008;109:57-63.
 46. Pezawas L, Stamenkovic M, Jagsch R, Ackerl S, Putz C. A longitudinal view of triggers and thresholds of suicidal behavior in depression. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:866-73.
 47. Lejoyeux M, Arbaretaz M. Impulse control disorders and depression. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190:310-4.
 48. Maser JD, Akiskal HS, Schettler P, Scheftner W, Mueller T, Endicott J et al. Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide Life Threat Behav*. 2002;32:10-32.
 49. Swann AC, Anderson JC, Dougherty DM, Moeller FG. Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. *Psychiatry Res*. 2001;101:195-7.
 50. Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A, Dougherty DM, Moeller FG. Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2003;73:105-11.
 51. Allen TJ, Moeller FG, Rhoades HM, Cherek DR. Impulsivity and history of drug dependence. *Drug Alcohol Depend*. 1998;50:137-45.
 52. Barratt ES, Patton JH. Impulsivity: cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates, in *Biological Basis of Sensation- Seeking, Impulsivity, and Anxiety*. Edited by Zuckerman M. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1983;77-122.
 53. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *Am J Psychiatry*. 2000;157:601-8.