



Tip-1 Bipolar Bozukluk Hastalarında İşlevsel Olmayan Kişilik Bozukluğu İnançları, Tedavi Uyumu ve Yaşam Boyu İntihar Girişimleri

Dysfunctional Personality Disorder Beliefs, Treatment Adherence and Lifetime Suicide Attempts of Bipolar Disorder Patients Type-1

✉ Esat Fahri AYDIN¹, ✉ Hacer Akgül CEYHUN¹, ✉ Mine ŞAHİNGÖZ², ✉ Fatma TUYGAR OKUTUCU¹, ✉ Celaleddin KARTAL³

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

³Özel Muayene, Sivas, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, kişiliğe özel işlevsel olmayan inançların, bipolar bozukluk (BB) tip-1 hastalarında intihar girişimi öyküsü ile ilişkili olarak psikiyatrik tedavi uyumuna etkisini belirlemeyi amaçlamaktadır. Ayrıca hastaların ilaç uyumlarına ilişkin klinik özellikleri de değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Hastalar, psikiyatrik tedavi uyumunu ve kişiliğe özel işlevsel olmayan inançları değerlendirmek için sırasıyla Morisky İlaç Uyum Ölçeği ve Kişilik İnanç Anketi-Kısa Formu kullanılarak tarandı (n=79).

Bulgular: Araştırmanın sonuçları, psikiyatrik ilaç tedavisine uyum sağlayan grubun 26 (%32,9) hastadan oluştuğunu, tedaviye uyumsuz grubun ise 53 (%67,1) hastadan oluştuğunu göstermektedir. İntihar girişimi öyküsü olan katılımcıların hem psikiyatrik ilaç tedavisine uyumlu hem de psikiyatrik ilaç tedavisine uyumlu olmayan grupta yüksek düzeyde kaçınmacı, bağımlı, histriyonik, paranoid ve borderline kişiliğe özel işlevsel olmayan inançları vardı (p<0,05). İlaç tedavisini yan etki nedeniyle bırakan hasta sayısı, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumsuz grupta, ilaç tedavisine uyumlu gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,05). BB'nin başlangıç yaşı, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumlu grupta, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumsuz gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,05). Birinci derece akrabalarda psikiyatrik bozukluk öyküsü, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumsuz grupta, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumlu gruba göre istatistiksel olarak daha yüksekti (p<0,05).

Sonuç: Bu çalışma, intihar girişimi öyküsü olan BB tip-1 hastalarının farmakolojik tedavisinde kaçınmacı, bağımlı, histriyonik, paranoid ve borderline kişiliklere özel işlevsel olmayan inançların dikkate alınabileceğini göstermiştir. Bu çalışma tip-1 BB hastalarındaki işlevsel olmayan kişilik inançlarının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, intihar girişimi, ilaç uyumu, kişilik bozuklukları, başlangıç yaşı

ABSTRACT

Aim: This study aims to determine the effects of personality-specific dysfunctional beliefs on psychiatric treatment adherence of patients with bipolar disorder (BD) type-1 in relation to their suicide attempt history. Additionally, the clinical features of the patients related to that may influence medication adherence.

Materials and Methods: Patients were screened (n=79) using the Morisky Medication Adherence Scale, and the Personality Belief Questionnaire-Short Form to assess psychiatric treatment adherence and personality-specific dysfunctional beliefs, respectively.

Results: The results of the study show that the psychiatric medication treatment adherent group consisted of 26 (32.9%) patients, while the psychiatric medication treatment non-adherent group consisted of 53 (67.1%) patients. Participants with a history of suicide attempt had high dysfunctional beliefs specific to avoidant, dependent, histrionic, paranoid, and borderline personalities both in the psychiatric medication treatment

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Esat Fahri AYDIN, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

Tel.: +90 442 344 73 62 E-posta: esatfahriaydin@gmail.com ORCID ID: orcid.org/0000-0003-0166-2076

Geliş tarihi/Received: 20.03.2024 Kabul tarihi/Accepted: 23.07.2024

Bu çalışma 8-11 Eylül tarihlerinde Belfast, Kuzey İrlanda'da düzenlenen EABCT 2021 Kongresi'nde, "Bipolar Bozukluk Tip-1 Hastalarında İşlevsel Olmayan Kişilik Bozukluğu İnançları, İntihar Girişimi Ve İlaç Uyumu" adıyla açık bildiri olarak sunulmuştur.



©Telif Hakkı 2024 Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi / Namık Kemal Tıp Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.
©Copyright 2024 by Tekirdağ Namık Kemal University / Namık Kemal Medical Journal is published by Galenos Publishing House.
Creative Commons Atıf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

adherent and psychiatric medication non-adherent group ($p<0.05$). The number of patients who stopped their medication due to its side effects was significant higher in the psychiatric medication treatment non-adherent group than the psychiatric medication treatment adherent group ($p<0.05$). The age of onset of BD was significantly higher in the psychiatric medication treatment adherent group than in the psychiatric medication treatment non-adherent group ($p<0.05$).

Conclusion: This study showed that during the pharmacological management of BD type-1 patients with history of suicide attempt, dysfunctional beliefs specific to avoidant, dependent, histrionic, paranoid, and borderline personalities may be considered. This study highlights the importance of dysfunctional personality beliefs in type-1 BD patients.

Keywords: Bipolar disorder, suicide attempted, medication adherence, personality disorders, age of onset

GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BB) ekonomik olarak maliyetli bir sağlık hizmeti olmasına rağmen, etkili tedavisi günlük psikiyatri pratiğinin en büyük sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. İlaç tedavisinin başarısı, hastanın toleransı, rejimin uygunluğu ve hepsinden önemlisi ilaca bağlılık gibi faktörlerden etkilenmektedir¹. Dünya Sağlık Örgütü (2014) ilaç uyumsuzluğunu "bir kişinin ilaç alma davranışının sağlık personelinin üzerinde mutabık kalınan tavsiyelerine uymaması durumu" olarak tanımlamaktadır. Yakın zamanda yapılan bir meta-analizde, şizofreni, majör depresif bozukluk ve BB için ilaç uyumsuzluğu sırasıyla %56, %50 ve %44 olarak tespit edilmiştir². İleriye dönük gözlemsel bir çalışmada, ilaç uyumsuzluğu BB hastalarında daha fazla hastaneye yatış ve intihar girişimi ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur³. Ayrıca, aynı çalışmada gösterildiği üzere, ilaca uyumsuz hastaların katlandığı maliyetler, ilaca uyumlu hastalarinkinden daha yüksektir³. İlaç tedavisine uyumsuzluk daha önce BB hastalarında yan etkilerle karşılaşma, içgörü sorunları, psikiyatrik ilaç kullanımında isteksizlik, madde kullanım öyküsü ve hastaneye yatış sayısı gibi bazı faktörlerle ilişkili bulunmuştur^{4,5}.

İntihar önemli bir halk sağlığı sorunudur. Her yıl dünya çapında yaklaşık 800.000 kişi intihar sonucu hayatını kaybetmektedir⁶. İntihar sonucu ölüm, bireylerin ruh sağlığı üzerinde muazzam bir etkiye sahiptir⁷. İntihar, yalnızca intihar sonucu ölen kişinin ailesini değil, aynı zamanda intihar sonucu ölen kişiyle bağlantısı olan önemli bir grup insanı da etkilemektedir. Her bir intiharın, intihar sonucu ölen kişiyi tanıyan 135 kişiyi etkilediği gösterilmiştir⁸. Ayrıca, intihar ve psikopatoloji arasındaki ilişki yaygın olarak kabul edilmektedir⁹.

BB'ler genellikle diğer psikiyatrik bozukluklarla komorbiddir, bu da BB yönetimini zorlaştırır¹⁰. Kişilik bozuklukları, BB hastalarında yüksek oranda komorbiddir¹¹. Ötimik BB hastalarının sistematik bir incelemesinde, %41,2'sinde en az bir komorbid kişilik bozukluğu olduğu ve B kümesi kişilik bozukluklarının en yaygın kişilik bozukluğu kümesi olduğu görülmüştür. Ayrıca, borderline kişilik bozukluğu (%10,1) en yaygın kişilik bozukluğu alt tipi olarak tespit edilmiştir¹².

Kişilik bozuklukları, BB hastalarında intihar girişimlerini, tedavi sonuçlarını ve psikososyal işlevselliği olumsuz yönde etkilemektedir¹³⁻¹⁷. Kişilik bozuklukları ve intihar arasındaki ilişki daha önce de ortaya konmuştur. Yüksek ölüm oranları kişilik bozukluklarında intihar ile ilişkili olabilir^{18,19}. Yakın zamanda yapılan bir meta-analiz, BB'de yaşam boyu intihar girişimi yaygınlığının %33,9 olduğunu göstermiştir²⁰.

Kişilik bozukluklarının etkisi, ilaç tedavisine uyumsuzluğu etkileyen önemli faktörlerden biridir. Bu etki, BB hastalarında olumsuz klinik seyrin nedenlerinden biri olabilir²¹. BB'deki ilaç uyum sorunları daha önce kişilik bozukluğu komorbiditesi ile ilişkilendirilmiştir²². Ayrıca, bir takip çalışmasında borderline kişilik bozukluğu, BB'de antipsikotik tedaviye uyumsuzluğun bir öngörücüsü olarak bulunmuştur²³. Bunun yanı sıra, bu konudaki klinik araştırmaların sınırlı olması, daha fazla araştırma yapılmasını gerektirmektedir²⁴.

Bilişsel teoride belirtildiği gibi, bir kişilik bozukluğu, onu karakterize eden ve sürdüren işlevsel olmayan inançlarda ayırt edilir²⁵. İşlevsel olmayan kişilik bozukluğu inançları, geçmiş ve güncel deneyimlere yönelik işlevsel olmayan tutumlar için açıklamalar sağlar²⁶. İşlevsel olmayan kişilik bozukluğu inançlarının keşfedilmesi ve değiştirilmesi, kişilik bozukluklarının bilişsel-davranışçı psikoterapisinin ana hedefleri arasındadır. Mevcut çalışmada, işlevsel olmayan kişilik bozukluğu inançları kişilik bozuklukları için bir ikame olarak kabul edilmektedir, çünkü inançların kendileri genellikle kişilik zorluklarına neden olmaktadır²⁷.

Bu çalışmanın öncelikli amacı, kişilik bozukluğu inançlarının, intihar girişimi öyküleriyle ilişkili olarak, bipolar bozukluk tip-1 (BB-1) hastalarının ilaç tedavisine uyumu üzerindeki etkisini değerlendirmektir. Ayrıca, katılımcıların klinik özelliklerinin ilaç tedavisine bağlılıklarıyla ilişkili olarak değerlendirilmesi de amaçlanmıştır. Yazarların bildiği kadarıyla bu çalışma, kişilik bozukluğu inançlarının intihar girişimi öyküleriyle ilişkili olarak BB-1 hastalarının ilaca bağlılıkları üzerindeki etkilerini araştıran ilk çalışmadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu kesitsel çalışma, Haziran 2017 ile Şubat 2019 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Psikiyatri Poliklinikleri'nde takip edilen hastalarla gerçekleştirildi. Örneklem, aşağıdaki ölçütleri karşılayan 79 BB-1 hastasını içeriyordu: 18-65 yaş aralığında olmak, SCID-I^{28,29} ile BB-1 tanısı konmuş olmak ve en az sekiz haftadır Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HRSD) ≤ 7 puan almak³⁰ ve Young Mani derecelendirme ölçeğinin Türkçe versiyonuna göre BB'de ötimik olmak ≤ 5 puan almak³¹. Dışlama ölçütleri, zihinsel geriliğin varlığı, komorbid eksen 1 ve hastaların genel sağlık durumunu etkileyen tıbbi bir hastalığın varlığıydı.

Gerekli onay Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (karar no: 21, tarih: 09.06.2017) alındı. Çalışma prosedürleri Helsinki Bildirgesi doğrultusunda yürütüldü. Çalışmaya katılmadan önce tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındı. Çalışmanın amaçları ile ilgili gerekli sosyo-demografik ve klinik verileri elde etmek için bir form geliştirildi.

Morisky İlaç Uyumu Ölçeği

Katılımcıların ilaç uyumu, Morisky ve ark.³²⁻³⁴ tarafından oluşturulan MMAS kullanılarak değerlendirildi. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliği değerlendirildi³⁵. Ölçek, hastaların ilaca uyumu hakkında dört maddeden oluşmaktadır. Hasta tüm maddelere "hayır" cevabını veriyorsa ilaç uyumu yüksek kabul edilir. Hasta bir veya iki maddeye "evet" cevabını veriyorsa ilaç uyumu orta düzeydedir. Hasta üç veya dört maddeye "evet" cevabını veriyorsa ilaç uyumu zayıftır. Mevcut çalışmada, zayıf ve orta düzeyde ilaç uyumu olan hastalar ilaç uyumu olmayan, yüksek ilaç uyumu olan hastalar ise ilaç uyumu olan olarak gruplandırılmıştır³⁶.

Kişilik İnanç Anketi-Kısa Form

Butler ve ark.³⁷ tarafından geliştirilen PBQ-SF, kişilik bozukluğuyla ilişkili işlevsel olmayan inançları değerlendirmek için oluşturulmuş bir öz değerlendirme aracıdır. PBQ-SF, on kişilik bozukluğuyla ilişkili inançları değerlendirir: Paranoid, şizoid, antisosyal, borderline, histrionik, narsistik, kaçınmacı, bağımlı, obsesif-kompulsif ve pasif-agresif. PBQ-SF'de, katılımcılardan 0= Hiç inanmıyorum ile 4= Tamamen inanıyorum arasında değişen 5 puanlık bir ölçekte 65 ifadeyi derecelendirmeleri istenir. Ölçekte yer alan tüm kişilik bozukluğu inançlarının toplam puanları 0 ile 28 arasında değişir. Yüksek puan, yüksek düzeyde işlev bozukluğunu gösterir. PBQ-SF'nin Türkiye'de güvenilirlik ve geçerlilik çalışması vardır³⁸.

İstatistiksel Analiz

Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi: İstatistiksel analiz için Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi (SPSS) istatistik 20.0 yazılımı kullanıldı. İlaç uyumu olan ve olmayan grupların sosyo-demografik özellikler ve klinik özellikler açısından karşılaştırılması Pearson

ki-kare testi ve bağımsız örneklem t-testi ile yapıldı. Pearson ki-kare testi nominal değişkenler kullanırken, bağımsız örneklem t-testi sürekli değişkenler kullandı. Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak, verilerin normal dağılımını değerlendirmek için çarpıklık ve basıklık değerleri incelendi. Ayrıca, hastaların sosyo-demografik özellikleri ve klinik özellikleri ortalama \pm standart sapma ve yüzdeler (%) olarak sunuldu. Bu çalışmada, 0,05'in altındaki p değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi.

İki Yönlü Çok Değişkenli Varyans Analizi Testi: BB-1 hastalarının işlevsel olmayan kişilik inançlarının ilaç uyumuna ve intihar girişimi geçmişine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için MANOVA kullanıldı. Test, ilaç uyumu ve intihar girişimi bağımsız değişkenler ve pasif-agresif, bağımlı, obsesif-kompulsif, anti-sosyal, narsistik, histrionik, şizoid, paranoid, borderline ve kaçınan kişilik inançları puanları bağımlı değişkenler olarak kullanılarak yürütülmüştür. MANOVA parametrik bir test olup, verilerin analizinden önce bazı varsayımların karşılanmasını gerektirir. Bu doğrultuda, testten önce tüm varsayımlar kontrol edilmiş ve karşılanmıştır.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı $34,49 \pm 12,37$ yılıdır. Hastaların 34'ü (%43,0) kadın, 45'i (%57,0) erkektir. Ortalama eğitim yılı sayısı $11,56 \pm 3,77$ 'ydi. Hastaların 41'inde (%51,9) psikotik özellikler vardı ve 13'ünde (%16,5) tıbbi öykülerinde en az bir intihar girişimi vardı. BB'nin ortalama başlangıç yaşı $24,62 \pm 7,78$ yılıdır.

İlaç uyumu olan ve olmayan gruplar MMAS'ye göre oluşturuldu. İlaç uyumu olan grup 26 (%32,9) hastadan, ilaç uyumu olmayan grup ise 53 (%67,1) hastadan oluşuyordu. Tablo 1'de bu iki grubun sosyo-demografik ve klinik özellikler ile hastalık seyri açısından karşılaştırması gösterilmektedir. Eğitim yılı açısından ilaç uyumu olmayan grubun eğitim yılı, ilaç uyumu olan gruba göre anlamlı derecede daha yüksekti ($t = -2,26$, $p = 0,02$). İlaç uyumu olan grupta BB başlangıç yaşı, ilaç uyumu olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksekti ($t = 2,13$, $p = 0,04$). Tablo 1'de diğer parametreler açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

İlaç uyumu olan grupta hastaların %46,2'si ($n = 12$) ilaç yan etkileri yaşadığını bildirirken, ilaç uyumu olmayan gruptaki hastaların %67,9'u ($n = 36$) aynı şeyi bildirdi. İstatistiksel olarak, iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($X^2: 3,46$, $p = 0,06$). Yan etkiler nedeniyle ilacı bırakma açısından, ilaç uyumu olmayan grupta hasta sayısı ($n = 10$, %12,7) ilaç uyumu olan gruptan ($n = 0$, %0,0) anlamlı olarak daha fazlaydı ($X^2: 5,61$, $p = 0,02$).

Birinci derece akrabalarda BB öyküsü iki grup arasında istatistiksel olarak farklı değildi (ilaç uyumu olan grupta $n = 1$, %3,8; ilaç uyumu olmayan grupta $n = 9$, %17,3) ($X^2: 2,81$,

$p=0,15$). Ancak birinci derece yakınlarında psikiyatrik bozukluk öyküsünün olması, ilaç uyumu olmayan grupta ($n=25$, %48,1), ilaç uyumu olan gruptan ($n=6$, %23,1) istatistiksel olarak daha yüksekti ($X^2: 4,52$, $p=0,03$).

Tüm hastalarda, kaçınmacı kişilik inanç puanlarının ortalaması ($14,20\pm 5,93$) en yüksek, histrionik kişilik inanç puanlarının ortalaması ise ($6,96\pm 5,61$) tüm kişilik bozukluğu inanç puanları arasında en düşüktü (Şekil 1). Her iki grupta da, kaçınmacı kişilik inanç puanlarının ortalaması, uyumlu grupta ($14,57\pm 5,31$) uyumsuz gruptan ($14,01\pm 6,25$) daha yüksekti ve histrionik kişilik inanç puanlarının ortalaması, uyumlu grupta ($6,84\pm 5,78$) uyumsuz gruptan ($7,01\pm 5,58$) daha düşüktü (Şekil 2). İntihar girişimi öyküsü olan grupta, kaçınmacı kişilik inanç puanlarının ortalaması ($16,76\pm 6,12$) en yüksek, narsistik kişilik inanç puanlarının ortalaması ise ($9,07\pm 7,15$) en düşüktü. İntihar girişimi öyküsü olmayan grupta histrionik kişilik bozukluğu inançlarının ortalaması en düşük ($6,27\pm 5,21$), kaçınmacı kişilik inanç puanlarının ortalaması ise en yüksek ($13,69\pm 5,81$) bulundu (Şekil 3). İlaç uyumu olan ve olmayan

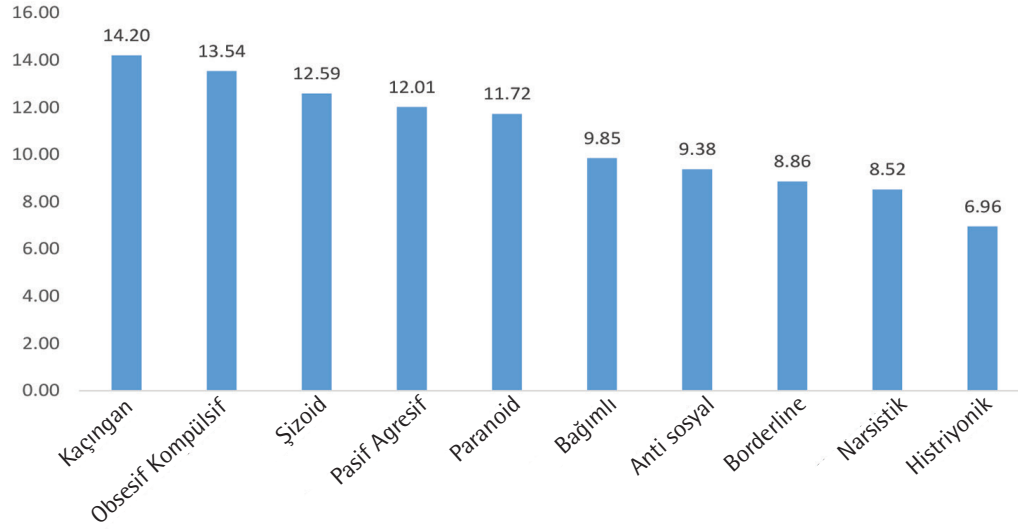
hastaların intihar girişimi öyküsüne göre işlevsel olmayan kişilik inanç puanlarının ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo 2'de sunuldu.

Hastaların işlevsel olmayan kişilik bozukluğu inançlarının ilaç uyumu ve intihar girişimi öyküsüne göre değerlendirilmesi için MANOVA yapıldı. MANOVA, ilaç uyumu için anlamlı çok değişkenli ana etki gösterdi [$F_{(10,66)} = 3,500$, $p=0,001$, Wilks' $\Lambda = 0,653$]. Ancak, MANOVA'da tek değişkenli düzeyde ilaç uyumu açısından kişilik bozukluğu inançları arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo 3). Ayrıca, intihar girişimi öyküsü için anlamlı çok değişkenli ana etki vardı [$F_{(10,66)} = 4,290$, $p= 0,000$, Wilks' $\Lambda = 0,606$]. Tablo 3'te sunulduğu gibi, MANOVA'da kaçınmacı, bağımlı, histrionik, paranoid ve borderline kişilik bozukluğu inançları tek değişkenli düzeyde intihar girişimi öyküsü açısından farklılaşmıştır. Bu sonuçlar ışığında, intihar girişimi öyküsü olan hastaların kaçınmacı, bağımlı, histrionik, paranoid ve borderline kişilik bozukluğu inançları hem ilaç uyumu olan hem de olmayan grupta anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0,05$).

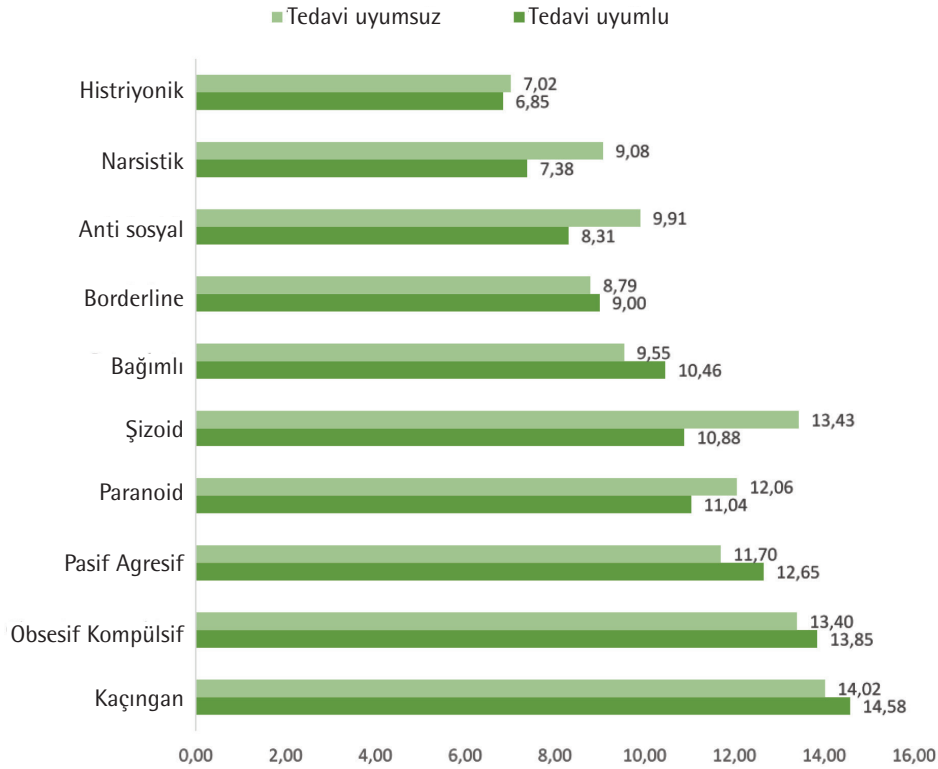
Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri

Değişken	İlaç uyumlu (n=26)	İlaç uyumsuz (n=53)	Test	p değeri
Hastalığın başlangıç yaşı, ortalama \pm SS	37,61 \pm 14,32	32,96 \pm 11,13	t=4,05	0,15 ^b
Cinsiyet, n (%)				
Kadın	10 (61,5)	29 (54,7)	X ² : 2,1	0,56 ^a
Erkek	16 (38,5)	24 (45,3)		
Nedeni durum, n (%)				
Bekar	11 (42,3)	25 (47,2)	X ² : 0,17	0,91 ^a
Evli	14 (53,8)	26 (49,1)		
Boşanmış	1 (3,8)	2 (3,8)		
Eğitim süresi, ortalama \pm SS	10,23 \pm 3,72	12,22 \pm 3,65	t=-2,26	0,02^b
Başlangıçtaki yaş, ortalama \pm SS	27,69 \pm 10,11	23,11 \pm 5,89	t=2,13	0,04^b
Hastaneye ilk yatış yaşı, ortalama \pm SS	28,33 \pm 9,56	24,16 \pm 5,48	t=1,96	0,058 ^b
Toplam atak sayısı, ortalama \pm SS	2,96 \pm 1,88	7,22 \pm 19,39	t=-1,11	0,26 ^b
Psikotik özellik öyküsü, n (%)				
Yok	10 (38,5)	28 (52,8)	X ² : 1,44	0,23 ^a
Var	16 (61,5)	25 (47,2)		
Hastaneye yatış sayısı, ortalama \pm SS	2,11 \pm 1,42	1,71 \pm 1,68	t=1,04	0,29 ^b
Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği-17 puanları, ortalama \pm SS	2,15 \pm 1,51	2,18 \pm 2,07	t=-0,07	0,94 ^b
Young mani derecelendirme ölçeği puanları, ortalama \pm SS	0,30 \pm 0,78	0,47 \pm 1,08	t=-0,68	0,49 ^b
İntihar girişimi, n (%)				
Yok	22 (84,6)	44 (83)	X ² : 0,03	1,00 ^a
Var	4 (15,4)	9 (17)		
İntihar girişimi sayısı, ortalama \pm SS	0,19 \pm 0,49	0,39 \pm 1,06	t=-0,92	0,35 ^b
Birinci derece akrabalarda psikiyatrik bozukluk öyküsü, n (%)	25 (48,1)	6 (23,1)	X ² : 4,52	0,03

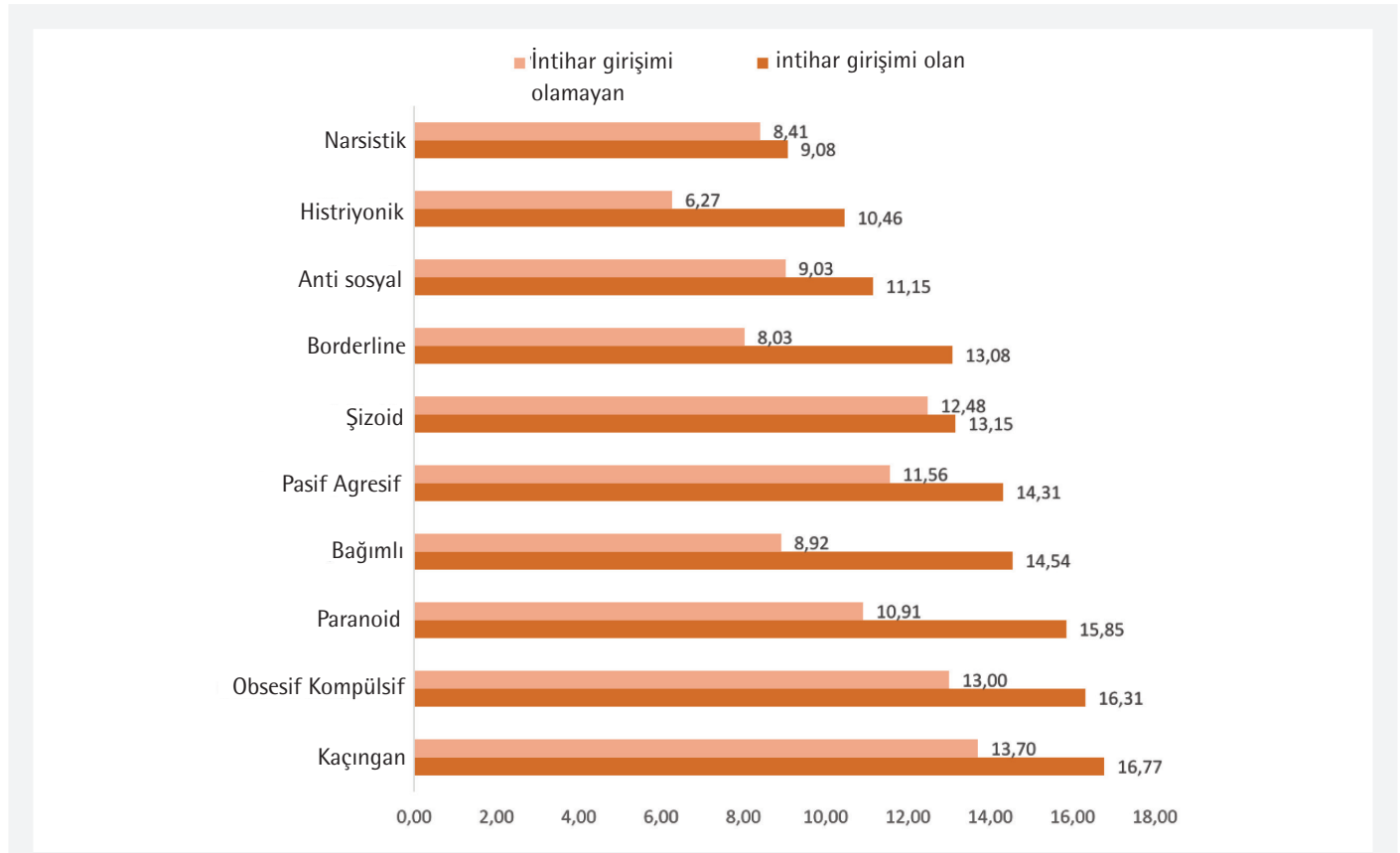
Önemli bulgular koyu olarak belirtilmiştir. ^aPearson ki kare test, ^bBağımsız örneklem t-testi, SS: Standart sapma



Şekil 1. Kişilik inanç anketi-kısa formu alt ölçeklerinde tüm hastaların ortalama puanları



Şekil 2. Kişilik inanç anketi-kısa form alt ölçeklerinde hastaların ilaç uyumuna göre aldıkları puan ortalamaları



Şekil 3. Kişilik inançları anketi-kısa formu alt ölçeklerinde hastaların intihar girişimine göre aldıkları puan ortalamaları

Tablo 2. Katılımcıların kişilik inanç anketi-kısa form puanlarının tanımlayıcı istatistikleri			
Kişilik inanç anketi-kısa form alt ölçeği	İntihar girişimi öyküsü	İlaç uyumlu	İlaç uyumsuz
Kaçıngan	Pozitif	20,00±1,82	15,33±6,89
	Negatif	13,59±5,15	13,75±6,17
Bağımlı	Pozitif	18,00±4,69	13,00±7,44
	Negatif	9,09±5,97	8,84±5,76
Pasif agresif	Pozitif	17,25±3,77	13,00±6,76
	Negatif	11,81±5,73	11,43±5,14
Obsesif kompulsif	Negatif	18,50±7,54	15,33±9,61
	Pozitif	13,00±7,58	13,00±6,99
Antisosyal	Negatif	10,25±8,18	11,55±8,15
	Pozitif	7,95±5,70	9,56±6,69
Narsistik	Negatif	6,00±1,82	10,44±8,29
	Pozitif	7,63±4,38	8,79±5,93
Histriyonik	Negatif	13,25±4,71	9,22±6,97
	Pozitif	5,68±5,24	6,56±5,23
Şizoid	Negatif	10,50±8,10	14,33±7,10
	Pozitif	10,95±5,13	13,25±6,21
Paranoid	Negatif	16,00±3,55	15,77±7,91
	Pozitif	10,13±6,72	11,29±6,56
Borderline	Negatif	13,75±2,21	12,77±6,61
	Pozitif	8,13±5,47	7,97±5,77

Veriler ortalama ± standart sapma olarak sunulmuştur

Tablo 3. İlaç uyumu ve intihar girişimi öyküsüne göre PBQ-SF alt ölçek puanlarının iki yönlü çok değişkenli varyans analizi testi ile değerlendirilmesi

Etki	PBQ-SF alt ölçeği	F	p değeri
Ana etki: İlaç uyumu	Kaçıngan	1,373	0,245
	Bağımlı	1,792	0,185
	Pasif agresif	1,679	0,199
	Obsesif kompulsif	0,415	0,521
	Antisosyal	0,445	0,507
	Narsistik	2,215	0,141
	Histriyonik	0,779	0,380
	Şizoid	2,332	0,131
	Paranoyak	0,046	0,831
	Borderline	0,092	0,762
Ana etki: İntihar girişimi öyküsü	Kaçıngan	4,316	0,041
	Bağımlı	11,101	0,001
	Pasif agresif	3,827	0,054
	Obsesif kompulsif	2,540	0,115
	Antisosyal	0,959	0,331
	Narsistik	0,000	0,997
	Histriyonik	8,253	0,005
	Şizoid	0,025	0,876
	Paranoyak	5,593	0,021
	Borderline	7,804	0,007
Ana etki: İlaç uyumu intihar girişimi öyküsü	Kaçıngan	1,574	0,214
	Bağımlı	1,467	0,230
	Pasif agresif	1,166	0,284
	Obsesif kompulsif	0,415	0,521
	Antisosyal	0,005	0,944
	Narsistik	0,761	0,386
	Histriyonik	1,907	0,171
	Şizoid	0,147	0,703
	Paranoid	0,100	0,753
	Borderline	0,048	0,828

Önemli bulgular koyu olarak belirtilmiştir. PBQ-SF: Kişilik inanç anketi-kısa form

TARTIŞMA

Bu kesitsel çalışmada, BB-1 hastalarında ilaç uyumsuzluğu oranının %67,1 ve intihar girişimi öyküsünün %16,5 olduğu bulunmuştur. Kaçıngan kişilik inanç puanları en yüksek, histrionik kişilik inanç puanları ise bu çalışmadaki katılımcılar arasında en düşüktü. İntihar girişimi öyküsü olan BB-1 hastaları, hem ilaca psikiyatrik ilaç tedavisine uyumlu hem de bağlı olmayan gruplarda daha yüksek kaçınmacı, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumlu olmayan, histrionik, paranoid ve borderline kişilik bozukluğu inançları gösterdi.

Mevcut örnekte, ilaç uyumsuzluğu oranı %67,1 idi. Literatür, BB'de ilaç uyumsuzluğu oranının yaklaşık %50 olarak bildirildiğini göstermektedir³⁹. Sekiz ülkeyi kapsayan bir klinik

çalışmada, BB'li hastaların %57'sinin tedaviye uyum sorunları vardı⁴⁰. Mevcut örneğin yüksek uyumsuzluk oranı (%67,1) ile önceki çalışmaların sonuçları arasındaki farklar, kullanılan çeşitli örnek özelliklerine ve değerlendirme araçlarına bağlı olabilir. Bunun yanı sıra, bu klinik çalışmadaki gibi ilaç uyumu için aynı değerlendirme aracı kullanılarak Türkiye'de yürütülen bir klinik çalışmada, BB-1 hastalarında benzer bir ilaç uyumsuzluğu oranı (%67,5) bulunmuştur³⁶.

Kişilik patolojisi açısından, kaçınmacı kişilik bozukluğu inançları puanları, mevcut çalışmada tüm örneklem arasında en yüksek olarak bulundu. Daha önce, küme B ve C özelliklerinin BB'de küme A bozukluklarından daha sık olduğu tespit edildi^{41,42}. İyileşen BB hastalarında, küme B

ve C bozuklukları küme A'dan benzer şekilde daha sıkı ve borderline kişilik bozukluğu en sık görülen komorbid kişilik bozukluğu¹². Hem ayaktan hem de yatan hastalar üzerinde yapılan çalışmaları içeren başka bir meta-analizde, kişilik bozukluklarının sıklığını karşılaştırırken obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu ilk sırada yer aldı⁴².

Bu örnekte, katılımcıların %16,5'inin intihar girişimi öyküsü vardı. Başka bir çalışmada remisyondaki BB-1 hastalarında %40,8 oranında intihar girişimi öyküsü bulunmuştur⁴³. Yüz bir çalışmanın yer aldığı kapsamlı bir raporda BB hastalarının %31,1'inin en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu bulunmuştur⁴⁴. Ayrıca aynı çalışmada küçük örneklem büyüklüğünün ve kısa maruz kalma sürelerinin BB'de intihar riskini yükseltmiş olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca intihar girişimlerinin yaşam boyu yaygınlığının coğrafi bölgeyle ilişkili olduğu ve coğrafi farklılıkların sonuçlar üzerinde etkili olabileceği varsayılmıştır²⁰.

Mevcut örnekte, B ve C kümelerindeki (kaçınan, bağımlı, histrionik, borderline) kişilik bozukluğu inançları ile A kümesindeki paranoid kişilik bozukluğu inançları, intihar girişimi geçmişiyle anlamlı şekilde ilişkiliydi. On yıllık bir takip çalışmasında, borderline ve narsisistik kişilik bozukluklarının intihar girişimleriyle ilişkili olduğu tespit edildi⁴⁵. B kümesi kişilik bozukluğu komorbiditesi, iyileşmiş BB-1 katılımcılarında intihar girişimleriyle ilişkiliydi⁴². B kümesi kişilik bozuklukları ile intihar girişimi arasındaki ilişki yaygın olarak kabul edilmektedir; ancak çalışmalar arasında sonuçlarda bazı farklılıklar vardır. Hem unipolar hem de BB'leri inceleyen bir çalışmada yalnızca C kümesi kişilik bozuklukları intihar girişimleriyle anlamlı şekilde ilişkiliydi⁴⁶. Başka bir çalışmada, paranoid, bağımlı, narsisistik, borderline ve histrionik kişilik bozukluğu inançlarının intihar girişimleriyle ilişkili olduğu bildirildi²⁶. Bu çalışmada, mevcut çalışmayla aynı kişilik inancı değerlendirme aracı kullanıldı. Söz konusu sonuçlar göz önüne alındığında, intihar riskini değerlendirirken sadece B kümesi kişilik bozukluğu özelliklerine değil, aynı zamanda C kümesi ve paranoid kişilik bozukluğu özelliklerine de odaklanılması gerektiği düşünülmektedir.

Yüksek eğitim düzeyinin çoğunlukla BB'de daha iyi ilaç uyumu sonuçlarına yol açtığı düşünülmektedir^{47,48}. Aksine, lityum tedavisi gören BB-1 hastalarıyla yapılan bir çalışmada, ilaç uyumu olan ve olmayan gruplar arasında eğitim yılları açısından bir fark bulunmamıştır⁴⁹. Mevcut çalışmada, uyumsuz grubun eğitim düzeyleri uyumlu gruptan daha yüksekti. Önceki bulgularla tutarsızlık, bu çalışmanın örneklem özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Farklı nüfus özellikleri ve yetersiz psikoeğitim, eğitim düzeyi ile ilaç uyumu arasındaki ilişkiye ilişkin mevcut çalışmanın sonuçlarına katkıda bulunmuş olabilir. Bununla birlikte, eğitimin ilaç uyumu üzerindeki etkisi gelecekteki çalışmalarda dikkate alınmalıdır.

BB'nin seyri ile ilgili olarak, sonuçlar, mevcut çalışmada ilaç uyumu olmayan grupta başlangıç yaşının önemli ölçüde daha düşük olduğunu göstermektedir. BB'nin erken başlangıcının ilaç uyumuyla yalnızca bazı çalışmalarda ilişkili olduğu gösterilmiştir^{50,52}. Bozukluğun seyri, erken başlangıç ve ilaç uyumu birbirini karşılıklı olarak etkileyebilir. Daha derin açıklamalar için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

İlaçla ilişkili yan etkiler, ilaç uyumuna önemli katkıda bulunanlardan biri olarak kabul edilir². Aksine, önceki raporlar, klinisyenlerin BB'li hastalardan daha az ilaç uyumu üzerindeki yan etkilerin nedenselliğine dikkat ettiğini belirtmektedir⁴⁰. Ek olarak, öncelikle klinisyenleri (örneğin; hipotiroidizm, diabetes insipidus, hiperkalsemi) ve BB'li hastaları (örneğin; kilo alımı, titreme, bilişsel bozukluk ve sedasyon) ilgilendiren yan etkilerin farklı olduğu bildirilmiştir⁵³. Önceki bulgulara uygun olarak, bu çalışma, bağılı grubun yan etkiler nedeniyle ilacı bırakma geçmişinin, bağılı olmayan gruptan önemli ölçüde daha düşük olduğunu bulmuştur. İlaçla ilişkili yan etkiler üzerine yapılan çalışmalar, bunu daha iyi anlamak ve hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için çok önemlidir. Bu nedenle, yan etkilerin BB'li hastalar üzerindeki etkileri, klinik uygulamalarda farklı bakış açılarının oluşturulmasını gerektirmektedir.

BB aile öyküsünün psikoeğitim programlarına uyumlu ilişkili olduğu görülmüştür⁵⁴. BB'li hastalarla yapılan farklı çalışmalarda BB aile öyküsünün ilaç uyumu üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır^{49,52}. Bu çalışmada ilaç uyumu ile psikiyatrik bozukluğun aile öyküsü arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ancak BB aile öyküsü ile ilişkisi saptanmamıştır. İlginç bir şekilde, sistematik bir incelemede BB aile öyküsünün pediatrik BB hastalarında ilaç uyumunu etkileyen bir faktör olduğu belirlenmiştir⁵⁵. Aile öyküsü ile ilgili yukarıda belirtilen sonuçlar göz önüne alındığında, BB veya psikiyatrik bozukluk aile öyküsünün BB hastalarının uyumu üzerinde olumsuz etkileri olabilir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu klinik çalışmanın sınırlılıklarının vurgulanması gerekir. İlk olarak, katılımcıların birçok karmaşık hastanın kaydedildiği üçüncü basamak bir hastaneden alınması sonuçların genelleştirilebilirliğini sınırlayabilir. İkinci olarak, mevcut çalışmada ilaç uyumunu değerlendirmek için kullanılan MMAS bir öz bildirim değerlendirme aracıdır. Üçüncüsü, nispeten küçük örneklem boyutu sonuçları sınırlamaktadır. Dördüncüsü, hastaların kullandığı farmakolojik ajanlar değerlendirilmemiştir. Beşincisi, yalnızca ötimik hastaların dahil edilmesi mevcut çalışmanın sonuçlarının genelleştirilebilirliğini sınırlayabilir. Mevcut çalışmanın konularını dikkate alan daha ileri bir çalışma, BB-1 hastaları ile atakları sırasında gerçekleştirilecektir. Altıncısı, mevcut çalışmaya yalnızca BB-1 hastaları dahil edilmiştir. Siklotimik veya BB tip-2 gibi diğer BB hastalarının

dışlanması sınırlamalar yaratmış olabilir. Son olarak, madde kullanım bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluk gibi eşlik eden psikiyatrik tanılarının dışlanması, bu çalışmanın genellenabilirlik sorunlarına katkıda bulunmuş olabilir.

SONUÇ

Bildiğimiz kadarıyla, bu klinik çalışma, BB-1'li hastaların önceki intihar girişimleriyle ilişkili olarak ilaç uyumu üzerindeki işlevsel olmayan kişilik bozukluğu inançlarının etkisini değerlendiren ilk çalışmadır. Bu çalışma, intihar girişimi öyküsü olan hastaların hem ilaç uyumu olan hem de olmayan gruplarda daha yüksek kaçınmacı, bağımlı, histrionik, paranoid ve borderline kişilik bozukluğu inançları sergilediğini göstermiştir. Bu çalışma, BB-1 ve intihar girişimi öyküsü olan hastalarda kaçınmacı, bağımlı, histrionik, paranoyak ve borderline kişilik özelliklerinin değerlendirilmesinin çok önemli olduğunu ileri sürmektedir. Ek olarak, ilaçla ilişkili yan etkiler, BB-1'in erken başlangıç yaşı ve psikiyatrik bozukluk aile öyküsü, BB-1'li hastaların ilaç uyumunu etkileyebilir. İntihar girişimi öyküsüyle ilişkili olarak ilaç uyumu üzerindeki işlevsel olmayan kişilik bozukluğu inançlarının katkılarını anlamak için boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (karar no: 21, tarih: 09.06.2017).

Hasta Onayı: Çalışmaya katılmadan önce tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındı.

Yazarlık Katkıları

Konsept: E.F.A., H.A.C., M.Ş., F.T.O., C.K., Dizayn: E.F.A., H.A.C., M.Ş., F.T.O., C.K., Veri Toplama veya İşleme: E.F.A., F.T.O., C.K., Analiz veya Yorumlama: E.F.A., Literatür Arama: E.F.A., Yazan: E.F.A., H.A.C., M.Ş., F.T.O., C.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- García S, Martínez-Cengotibengoa M, López-Zurbano S, Zorrilla I, López P, Vieta E, et al. Adherence to Antipsychotic Medication in Bipolar Disorder and Schizophrenic Patients: A Systematic Review. *J Clin Psychopharmacol*. 2016;36:355-71.
- Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2020;9:17.
- Hong J, Reed C, Novick D, Haro JM, Aguado J. Clinical and economic consequences of medication non-adherence in the treatment of patients with a manic/mixed episode of bipolar disorder: results from the European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) study. *Psychiatry Res*. 2011;190:110-4.

- Girone N, Cocchi M, Achilli F, Grechi E, Vicentini C, Benatti B, et al. Treatment adherence rates across different psychiatric disorders and settings: findings from a large patient cohort. *Int Clin Psychopharmacol*. 2024.
- Mert DG, Turgut NH, Kelleci M, Semiz M. Perspectives on reasons of medication nonadherence in psychiatric patients. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:87-93.
- Organization WH. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization; 2014.
- Sher L, Oquendo MA. Suicide: An Overview for Clinicians. *Med Clin North Am*. 2023;107:119-30.
- Cerel J, Brown MM, Maple M, Singleton M, van de Venne J, Moore M, et al. How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide Life Threat Behav*. 2019;49:529-34.
- Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5:74.
- Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR, et al. Bipolar disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:18008.
- Fan AH, Hassell J. Bipolar disorder and comorbid personality psychopathology: a review of the literature. *J Clin Psychiatry*. 2008;6:1794-803.
- Bezerra-Filho S, Galvão-de Almeida A, Studart P, Rocha MV, Lopes FL, Miranda-Scippa A. Personality disorders in euthymic bipolar patients: a systematic review. *Braz J Psychiatry*. 2015;37:162-7.
- Uçok A, Karaveli D, Kundakçı T, Yazıcı O. Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. *Compr Psychiatry*. 1998;39:72-4.
- Dunayevich E, Sax KW, Keck PE Jr, McElroy SL, Sorter MT, McConville BJ, et al. Twelve-month outcome in bipolar patients with and without personality disorders. *J Clin Psychiatry*. 2000;61:134-9.
- Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, Gastó C. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry*. 2000;61:549-55.
- Loftus ST, Jaeger J. Psychosocial outcome in bipolar I patients with a personality disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194:967-70.
- Tan RE, Erim BR, Üstün N, Üney R. Effects of comorbid personality disorders in bipolar type I disorder patients to disease course. *Anadolu Psikiyatri Dergisi-Anatolian Journal of Psychiatry*. 2019;20:237-44.
- Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*. 2015;385:717-26.
- Hiroeh U, Appleby L, Mortensen PB, Dunn G. Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *Lancet*. 2001;358:2110-2.
- Dong M, Lu L, Zhang L, Zhang Q, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;29:e63.
- Levin JB, Krivenko A, Howland M, Schlachet R, Sajatovic M. Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder: A Comprehensive Review. *CNS Drugs*. 2016;30:819-35.
- Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, Gastó C. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry*. 2000;61:549-55.
- Arvilommi P, Suominen K, Mantere O, Leppämäki S, Valtonen H, Isometsä E. Predictors of adherence to psychopharmacological and psychosocial treatment in bipolar I or II disorders - an 18-month prospective study. *J Affect Disord*. 2014;155:110-7.
- Murru A, Pacchiarotti I, Amann BL, Nivoli AM, Vieta E, Colom F. Treatment adherence in bipolar I and schizoaffective disorder, bipolar type. *J Affect Disord*. 2013;151:1003-8.
- Kart A, Yucens B. Personality Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder: How Are They Related to Symptom Severity? *Psychiatry Investig*. 2020;17:822-8.
- Ghahramanlou-Holloway M, Lee-Tauler SY, LaCroix JM, Kauten R, et al. Dysfunctional personality disorder beliefs and lifetime suicide attempts

- among psychiatrically hospitalized military personnel. *Compr Psychiatry*. 2018;82:108-14.
27. Beck AT, Davis DD, Freeman A. *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publications; 2015.
28. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı A, Köroğlu E. Adaptation to Turkish and reliability of Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I disorders. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12:33-6.
29. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. *Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997.
30. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikiyofarmakoloji Dergisi*. 1996;4:251-9.
31. Karadağ F, Oral T, Yalçın FA, Erten E. Young mani derecelendirme ölçeğinin türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği [Reliability and validity of Turkish translation of Young Mania Rating Scale]. *Türk Psikiyatri Derg*. 2002;13:107-14.
32. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67-74.
33. Morisky DE, Malotte CK, Choi P, Davidson P, Rigler S, Sugland B, Langer M. A patient education program to improve adherence rates with antituberculosis drug regimens. *Health Educ Q*. 1990;17:253-67.
34. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10:348-54.
35. Bahar G, Savaş HA, Ünal A, Savaş E, Kaya H, Bahar A. Reliability and validity of the Morisky Medication Adherence Scale for bipolar mood disorder. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2014;15:141-9.
36. Buturak SV, Emel EB, Koçak OM. The effect of temperament on the treatment adherence of bipolar disorder type I. *Nord J Psychiatry*. 2016;70:176-82.
37. Butler AC, Beck AT, Cohen LH. The personality belief questionnaire-short form: Development and preliminary findings. *Cognitive therapy and research*. 2007;31:357-370.
38. Taymur İ, Türkçapar MH, Örsel S, Sargın E, Akkoyunlu S. Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Formunun (KİÖ-KTF) Türkçe Çevirisinin Üniversite Öğrencilerinde Geçerlilik, Güvenilirliği. *Klin Psikiyatr*. 2011;14:199-209.
39. Jawad I, Watson S, Haddad PM, Talbot PS, McAllister-Williams RH. Medication nonadherence in bipolar disorder: a narrative review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018;8:349-63.
40. Vieta E, Azorin JM, Bauer M, Frangou S, Perugi G, Martinez G, et al. Psychiatrists' perceptions of potential reasons for non- and partial adherence to medication: results of a survey in bipolar disorder from eight European countries. *J Affect Disord*. 2012;143:125-30.
41. George EL, Miklowitz DJ, Richards JA, Simoneau TL, Taylor DO. The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disord*. 2003;5:115-22.
42. Friborg O, Martinsen EW, Martinussen M, Kaiser S, Overgård KT, Rosenvinge JH. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *J Affect Disord*. 2014;152-154:1-11.
43. Bezerra S Filho, Galvão-de-Almeida A, Studart P, Martins DF Jr, Caribé AC, Schwingel PA, et al. Suicide attempts in bipolar I patients: impact of comorbid personality disorders. *Braz J Psychiatry*. 2017;39:133-9.
44. Tondo L, Pompili M, Forte A, Baldessarini RJ. Suicide attempts in bipolar disorders: comprehensive review of 101 reports. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;133:174-86.
45. Ansell EB, Wright AG, Markowitz JC, Sanislow CA, Hopwood CJ, Zanarini MC, et al. Personality disorder risk factors for suicide attempts over 10 years of follow-up. *Personal Disord*. 2015;6:161-7.
46. Jylhä P, Rosenström T, Mantere O, Suominen K, Melartin T, Vuorilehto M, et al. Personality disorders and suicide attempts in bipolar and bipolar mood disorders. *J Affect Disord*. 2016;190:632-9.
47. Ozerdem A, Tunca Z, Kaya N. The relatively good prognosis of bipolar disorders in a Turkish bipolar clinic. *J Affect Disord*. 2001;64:27-34.
48. Leclerc E, Mansur RB, Brietzke E. Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: a comprehensive review. *J Affect Disord*. 2013;149:247-52.
49. Gonzalez-Pinto A, Mosquera F, Alonso M, López P, Ramírez F, Vieta E, et al. Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment. *Bipolar Disord*. 2006;8:618-24.
50. Barraco A, Rossi A, Nicolò G; EPHAR Study Group. Description of study population and analysis of factors influencing adherence in the observational Italian study "Evaluation of Pharmacotherapy Adherence in Bipolar Disorder" (EPHAR). *CNS Neurosci Ther*. 2012;18:110-8.
51. Vega P, Barbeito S, Ruiz de Azúa S, Martínez-Cengotitabengoa M, González-Ortega I, Saenz M, et al. Bipolar disorder differences between genders: special considerations for women. *Womens Health (Lond)*. 2011;7:663-74.
52. Col SE, Caykoğlu A, Karakas Ugurlu G, Ugurlu M. Factors affecting treatment compliance in patients with bipolar I disorder during prophylaxis: a study from Turkey. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36:208-13.
53. Mago R, Borra D, Mahajan R. Role of adverse effects in medication nonadherence in bipolar disorder. *Harv Rev Psychiatry*. 2014;22:363-6.
54. Cakir S, Bensusan R, Akca ZK, Yazici O. Does a psychoeducational approach reach targeted patients with bipolar disorder? *J Affect Disord*. 2009;119:190-3.
55. Sanchez M, Lytle S, Neudecker M, McVoy M. Medication Adherence in Pediatric Patients with Bipolar Disorder: A Systematic Review. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2021;31:86-94.