

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKIYATRİ KLİNİĞİ

BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK HASTALARINDA
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, DİSOSİYASYON, BAĞLANMA
VE ALEKSİTİMİ İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. MUSTAFA KURT

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Demet GÜLPEK

İZMİR
OCAK-2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde bana bilgi ve deneyimlerini aktaran ve tezimin oluşmasında büyük katkıları olan saygıdeğer hocam Doç. Dr. Demet Gülpek'e,

Bilgi ve birikimlerinden yararlandığım değerli hocalarım eğitim sorumlumuz Prof. Dr. Lütfullah Beşiroğlu ve idari sorumlumuz Doç. Dr. Levent Mete'ye,

Uzmanlık eğitimim sırasında değerli katkılarıyla beni meslek hayatıma hazırlayan, kendilerinden çok şey öğrendiğim değerli hocalarım Doç. Dr. Almıla Erol Stenstad, Doç. Dr. Mustafa Güleç, Doç. Dr. Elif Oral, Doç. Dr. Nabi Zorlu, Uzm. Dr. Serhan Işıklı ve Uzm. Dr. Esin Evren Kılıçaslan'a,

Uzmanlık eğitimim önemli bir kısmını geçirdiğim mesleki bilgilerini, her türlü katkılarını, zamanlarını esirgemeyen değerli Adnan Menderes Üniversitesi Psikiyatri Kliniği hocalarım Prof. Dr. Ferhan Dereboy, Prof. Dr. Levent Sevinçok, Doç. Dr. Vesile Altınyazar, Dr. Öğr. Üyesi Çağdaş Öykü Memiş, Dr. Öğr. Üyesi Bilge Doğan, Dr. Öğr. Üyesi Yaşan Bilge Şair'e,

Uzmanlık eğitimimde yapmış olduğum dış rotasyonlarım sırasında bilgi birikimlerini ve misafirperverliklerini sunan nöroloji ve çocuk psikiyatrisi bölümü değerli hocalarıma,

Asistanlık sürecimde birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm doktor, psikolog, hemşire, diğer personel arkadaşlarıma ve kendilerinden çok şey öğrendiğim tüm hastalarıma,

Hayatımın her aşamasında bana destek olan sevgili eşim, annem, babam ve kardeşlerime,

Doğumuyla hayatıma yeni anlamlar katacak kızıma

Sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
KISALTMALAR.....	V
TABLO LİSTESİ.....	VI
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Bipolar Bozukluk.....	4
2.1.1.Tarihsel Gelişim.....	4
2.1.2.Tanım ve Sınıflandırma.....	6
2.1.3.Epidemiyoloji.....	13
2.1.4.Semptomatoloji ve Klinik Seyir.....	15
2.1.5.Etiyoloji.....	19
2.1.5.1.Düzenleyici Nörotransmitterler.....	19
2.1.5.2.İyon Sistemleri.....	21
2.1.5.3.Nöroendokrin Düzenleme.....	21
2.1.5.4.Nöroimmünolojik Düzenleme.....	22
2.1.5.5.Nörogörüntüleme.....	22
2.1.5.6.Genetik.....	22
2.1.5.7.Psikososyal Faktörler.....	23
2.1.5.8.Psikodinamik Faktörler.....	24
2.1.5.9.Bilişsel Kuram.....	25
2.1.5.10.Davranışçı Kuram.....	25
2.2.Çocukluk Çağı Travmaları.....	25
2.2.1.Çocukluk Çağı İstismarları.....	26
2.2.1.1.Fiziksel İstismar.....	26
2.2.1.2.Cinsel İstismar.....	27
2.2.1.3.Duygusal İstismar.....	28
2.2.2.Çocukluk Çağı İhmalleri.....	28
2.2.2.1.Duygusal İhmal.....	28
2.2.2.2.Fiziksel İhmal.....	28
2.2.3.Çocukluk Çağı Travmaları ile Psikopatoloji İlişkisi.....	29

2.3.Bağlanma.....	30
2.3.1.Bağlanma ve Psikopatoloji İlişkisi.....	33
2.4.Disosiyasyon.....	33
2.4.1.Disosiyasyon Tarihçesi.....	34
2.4.2.Psikodinamik Bakış.....	34
2.4.3.Epidemiyoloji.....	35
2.4.4.Semptomatoloji ve Sınıflandırma.....	35
2.4.5.Disosiyasyon ve Psikopatoloji İlişkisi.....	37
2.5.Aleksitimi.....	38
2.5.1.Kavram ve Tarihçesi.....	38
2.5.2.Epidemiyoloji	38
2.5.3.Etiyoloji.....	38
2.5.4.Psikodinamik ve Kuramsal Bakış.....	39
2.5.5.Klinik Belirtiler.....	39
2.5.6.Aleksitimi ve Psikopatoloji İlişkisi.....	41
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	42
3.1.Çalışma Örnekleme.....	42
3.1.1.Hastaların Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	42
3.1.2.Gönüllülerin Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	42
3.1.3.Hasta ve Gönüllüler İçin Dışlama Kriterleri.....	43
3.2.Gereçler.....	43
3.2.1.Sosyodemografik Veri Formu.....	43
3.2.2.DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I).....	44
3.2.3.Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ).....	44
3.2.4.Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ).....	44
3.2.5.Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ).....	45
3.2.6.Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ-28).....	45
3.2.7.Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ).....	45
3.2.8.Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20).....	46
3.2.9.Yakın İlişkilerde Yaşantılar Ölçeği-2 (YİYE-II).....	46
3.3.Uygulama.....	47

3.4.İstatistiksel Değerlendirme.....	48
4.BULGULAR.....	49
4.1.BAB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....	49
4.2.BAB Grubunun Klinik Özellikleri.....	50
4.3.BAB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun ÇÇTÖ (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği) Puanlarının Değerlendirilmesi.....	52
4.4.BAB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun DYÖ (Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği) Puanlarının Değerlendirilmesi.....	53
4.5.BAB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun TAÖ-20 (Toronto Aleksitimi Ölçeği) Puanlarının Değerlendirilmesi.....	54
4.6.BAB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Bağlanma Tipleri Puanlarının Değerlendirilmesi.....	55
4.7.BAB Erken Başlangıç ile Ölçekler İlişkisi.....	56
4.8.BAB Grubunda Çocukluk Çağı Travması, Disosiyasyon, Bağlanma ve Aleksitimi'nin Kendi Arasında ve Klinik Belirteçler ile İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	58
4.9. BAB'ın Öngöndürücü Risk Etkenlerinin İncelenmesi.....	60
5.TARTIŞMA.....	61
6.SONUÇ.....	70
7.ÖZET.....	72
8.SUMMARY.....	74
9.KAYNAKLAR.....	76
10.EKLER.....	98

KISALTMALAR

5-HT	: Serotonin
5HIAA	: 5-Hidroksi Indol Asetik Asit
ACTH	: Adreno Kortikotropik Hormon
BAB	: Bipolar Affektif Bozukluk
BAB-I	: Bipolar Affektif Bozukluk Tip 1
BAB-II	: Bipolar Affektif Bozukluk Tip 2
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
ÇÇTÖ-28	: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DYÖ	: Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği
HADÖ	: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
HDDÖ	: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
HVA	: Homovalinik Asit
ICD	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MDB	: Major Depresif Bozukluk
MHPG	: 3-metoksi-4-hidroksi fenilglükol
NE	: Nörepinefrin
SCID-I	: DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu
TAÖ-20	: Toronto Aleksitimi Ölçeği
TAÖ-1	: Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin 'Duyguları Tanımada Güçlük' Alt Ölçeği
TAÖ-2	: Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin 'Duyguları Söze Dökmede Güçlük' Alt Ölçeği
TAÖ-3	: Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin 'Dışa Dönük Düşünme' Alt Ölçeği
UPD	: Unipolar Depresyon
YİYE-II	: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II
YMDÖ	: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1	: Grupların Sosyodemografik Özellikleri.....	49
Tablo 2	: Hasta Grubunun Klinik Özellikleri.....	51
Tablo 3	: BAB ile Sağlıklı Kontrol Grubu Arasında ÇÇTÖ-28 Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4	: ÇÇTÖ-28 ve Alt Ölçeklerinin Kesme Puanına Göre Katılımcıların Değerlendirilmesi.....	53
Tablo 5	: BAB ile Sağlıklı Kontrol Grubu DYÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 6	: Hasta ve Kontrol Gruplarında Kesme Değerine Göre DYÖ Karşılaştırması.....	54
Tablo 7	: BAB ile Sağlıklı Kontrol Grubu Arasında TAÖ-20 Puanlarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 8	: Hasta ve Kontrol Gruplarının Kesme Değerine Göre TAÖ-20 Karşılaştırması.....	55
Tablo 9	: YİYE-II Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 10	: Hasta ve Kontrol Gruplarının Bağlanma Tiplerine Göre Dağılımları.....	56
Tablo 11	: Erken Başlangıç Yaşı Açısından Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	57
Tablo 12	: BAB Belirteçlerine Göre Ölçeklerin Korelasyonu.....	58
Tablo 13	: ÇÇTÖ Puanlarının Diğer Ölçeklerle Korelasyonu.....	59
Tablo 14	: Logistik Regresyon Analizi.....	60

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar affektif bozukluk (BAB), bir uçta depresif bir uçta manik epizodların olduğu, epizodların değişken şiddet, sıklık ve sıra ile ortaya çıkabildiği, epizodlar arasında tam iyilik halinin sağlandığı, sosyal, mesleki, ailevi ve kişisel yaşamda işlevselliği azaltan, süregelen bir hastalıktır (1). BAB etiolojisinde çevresel ve genetik faktörlerin bir arada rol oynadığı bilinmektedir.

Yaşamın ilk yıllarında kurulan ilişkilerin ve yaşanan deneyimlerin, nörogelişimsel süreçler ve psikopatoloji ile bağlantılı olduğu çalışmalarda gösterilmektedir. Bu dönemlerdeki nörogelişimsel süreçlerdeki sorunların duygudurum bozukluklarının ortaya çıkışına sebep olabileceği düşünülmektedir (2, 3). Bu kritik dönemlerdeki ilişkiler ve deneyimler ile psikopatoloji ilişkisini ortaya koyan kuramlardan biri bağlanma kuramıdır. Bu durum bizi, birçok ruhsal hastalığın etiolojisi ve klinik seyriyle ilişkili olabilecek bağlanma örüntüsü ile BAB arasındaki etkileşimi incelemeye yöneltti.

Freud ve diğer psikanalitik düşünürlerden etkilenmiş olan bağlanma kuramı, John Bowlby ve Mary Ainsworth'un çalışmaları sonucu geliştirilmiş ve birçok çalışmaya konu olmuştur (4). Bağlanma kuramının ilk ortaya çıkmasından itibaren güvensiz bağlanma biçimi psikopatolojilerin belirleyicisi olarak düşünülmüşken, güvenli bağlanma sağlıklı ilişkilerin yordayıcısı olarak görülmüştür. Nitekim Morriss ve arkadaşları 2009 yılında yayınladıkları çalışmalarında BAB hastalarında güvensiz bağlanma biçiminin anlamlı şekilde yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (5).

Bağlanma teorisi, çocuk ve ebeveyn arasında kurulan duygusal bağın çocuğun kişilik gelişimi ve davranışsal organizasyonu üzerinde önemli etkileri olduğunu ve bu süreçte ebeveynin istismar ve ihmal edici davranışlarının psikopatoloji etiolojisine katkıda bulunduğunu ifade etmiştir (6-8). Bağlanma teorisinin bu çıkarımı bize BAB etiolojisi ve klinik seyri ile ilişkili olabilecek diğer bir durum olarak çocukluk çağı travmalarını işaret etmektedir.

Anlamlandırma, bağlantı kurma ve denetleme yetilerimizi bozan, olağan savunma mekanizmaları ve baş etme yolları ile üstesinden gelinemeyecek kadar ağır olan, sarsıcı ve yıpratıcı yaşantılar ruhsal travma olarak adlandırılır (9). Travmaya

maruz kalmak her yaşta psikiyatrik problemlere neden olabilirken bu risk travma ile baş edebilecek gücün olmadığı çocukluk çağında daha yüksektir.

Erişkin yaşta psikiyatrik hastalık görülme oranının, çocukluk çağında ihmal veya istismara uğramak ile arttığı bilinen bir gerçektir (10). Dolayısıyla çocukluk çağı travmatik yaşantıların BAB'a yatkınlık oluşturmakta ve hastalığın seyrini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Çünkü, yapılan çalışmalarda travmaya ikincil oluşan psikiyatrik hastalıkların tedaviye daha dirençli oldukları ve travma öyküsünün bazı psikiyatrik hastalıkların prognozunu olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (11).

Disosiyatif bozukluk tanılı hastalarda yapılan çalışmalarda, hastaların neredeyse tamamının çocukluk çağı ağır travmatik yaşantılarının olduğu bildirilmiştir (12). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) disosiyasyonu bilinç, bellek, kimlik, duygu, beden algısı, motor kontrol ve davranış alanlarının bütünlüğünde bölünme ve sürekliliğinde bozulma olarak tarifler (13). Literatürde disosiyasyonun psikiyatrik hastalıkların seyrini ve prognozunu doğrudan veya dolaylı olarak olumsuz yönde etkilediğine dair çalışmalar mevcuttur (14-16). Bipolar bozukluğu olan hastalarda disosiyatif belirtilerin bulunması durumunda planlama, karar verme, sorun çözme, önemli bilgileri hatırlama, duyguları ve duygular arasındaki bağlantıları anlama, günlük hayattaki olayların içeriğini kavrama ve süreçleri yönetme gibi işlevsel iyileşmeye aracılık eden öğelerde bozulma olabileceği ifade edilmektedir (17).

Alektimi ise, Krystal tarafından çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimler nedeniyle gelişimin sağlıklı tamamlanamaması, duygusal gelişimin ilk dönemine (hayatın ilk dönemlerinde duygular bedensel olarak ifade edilir, gelişimle beraber duygular farklılaşıp bedensellikten çıkarak sözel ifadelere dönüşür) saplanması ya da gerilenmesi olarak tanımlanmıştır (18). Aleksitiminin depresif bozukluklar, somatoform bozukluklar, anksiyete bozuklukları, şizofreni gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi ve birlikteliği araştırılmış olmasına rağmen BAB ile ilişkisi yeterince incelenmemiştir.

Bu çalışmada; İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde takipli son 2 aydır ötimik olan BAB

hastalarındaki çocukluk çağı travmaları, bağlanma biçimleri, aleksitimi ve disosiyatif belirtilerin sıklığının tespiti, sağlıklı popülasyonla karşılaştırılması ve BAB kliniği ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmamızın diğer bir amacı çocukluk çağı travmalarının BAB ile doğrudan ve dolaylı ilişkilerinin incelenmesi olarak belirlenmiştir. Dolaylı ilişkiden kastedilen, BAB ile ilişkisi net olarak kanıtlanmamış, literatürde kısıtlı sayıda çalışma olan, daha ziyade çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile ilişkilendirilen disosiyasyon ve aleksitimi kavramlarının BAB ile ilişkisinin incelenmesidir. Bakılan verilerle bu alanda az sayıda çalışma bulunan literatüre katkıda bulunulması hedeflenmektedir. Araştırmada şu varsayımlarından yola çıktık:

1. BAB hasta grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla çocukluk çağı travması, disosiyatif belirti düzeyi, aleksitimi düzeyine rastlanacağı
2. BAB hasta grubunda güvensiz bağlanma çeşitlerinin hasta grubuna göre daha fazla olacağı
3. BAB hastalarında çocukluk çağı travmasının disosiyatif belirtiler, aleksitimi ve kaygılı ile kaçınan bağlanma stilleri ile ilişkili olabileceği
4. Travma, disosiyasyon, aleksitimi düzeyleri ve bağlanma stillerinin hem birbirleriyle hem de BAB ile ilişkili belirteçlerle ilişkili olabileceğini varsaydık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk

BAB; bir uçta depresif bir uçta manik epizodların olduğu, epizodlar arasında tam iyilik halinin sağlandığı, kronik seyirli bir hastalıktır (1).

2.1.1 Tarihsel Gelişim

Yaklaşık olarak 2500 yıldır duygudurum bozuklukları en sık görülen hastalıklar arasında tanımlanmıştır. Depresyon ve maninin tarihçesinin antik Yunan ve Roma dönemlerine kadar uzandığı bilinmektedir (1). Romalı Aurelianus, melankolide saldırganlığın önemli bir rolünün olduğunu ve intihar ile ilişkisi olduğunu vurgulamıştır. Homeros İlyada destanında, öfke ve gazap anlamına gelen "mani" sözcüğünü kullanmıştır (19). Latin ve Yunan eserlerinde ağır depresyon ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişiler tanımlanmıştır (20). Mani ve melankoli kavramları ilk kez sistematik olarak Hipokrat (M.Ö.460-357) tarafından tanımlanmıştır. Hipokrat "kara safra" olarak ilişkilendirdiği melankoliyi "iştahsızlık, ümitsizlik, uykusuzluk, çabuk sinirlenme ve huzursuzluk" hali olarak tanımlamıştır (21). Beden sıvıları ile insanın duygudurumu arasında bağlantı kurmuş, hafif kanlı mizaç, ağır kanlı mizaç, kara sevdalı mizaç ve irritabl mizaç olarak birbirinden farklı mizaç türleri tanımlamıştır (22).

Milattan sonra birinci yüzyılda Soranus, yüksek duygudurumla kendini belli eden bir "delilik" durumunun melankoliyle bağlantısına dikkat çekmiştir (23). Soranus maniyi kimi hastalarda melankoliyle nöbetleşe seyreden, azalıp çoğalan bir hastalık olarak; kimi zaman da sürekli uyanık olma hali ve aynı dönemde birbirinin yerini alan kızgınlık ve neşe, isteksizlik ve hüznün halleri olarak tanımlamıştır (20, 24). Kapadokyalı Areatus milattan sonra yaklaşık 150 yılında melankoli ve mani arasında ilişki olduğunu gözlemlemiş ve "Bana öyle geliyor ki melankoli, maninin başlangıcı ve bir parçasıdır" diyerek aynı hastaların farklı zamanlarda bu iki durumu yaşadıklarını söylemiştir (1, 25, 26).

Philippe Pinel 17. yüzyılda yatan hastaların gözlemlenmesi ile birlikte bazı psikotik hastaların diğer hastalardan farklı olarak kendiliğinden iyileştiği ya da

hastalığın birbirine zıt şekiller içinde dalgalanan bir kliniğe sahip olduğunu saptamıştır. Böylelikle hastalığın başlangıcı, gidişi ve sonucunun göz önünde bulundurulmasını öneren Hipokratik yaklaşımın uygulanmasıyla hastalık süreçleri açıklık kazanmaya başlamıştır (19).

Klinik tarihçiler BAB kavramının 19. yüzyılda geliştiğini ileri sürmektedir ve bu dönemde akıl hastalarının hastane yatışları başlamıştır (27). İlk kez W. Griesinger tarafından dönemsel hastalık kavramı gündeme getirilmiştir (1). Falret 1854 yılında, bazı psikotik hastaların diğerlerinden farklı bir şekilde kendiliğinden iyileşmeler gösterdiğini, hastalığın periyodik olarak tekrarladığını gözlemlemiş ve bu hastalıklara "folie circulaire-sirküler delilik" adını vermiştir. Aynı yıllarda Baillarger aynı durumu tanımlamak için "folie a double forme-çift biçimli delilik" terimini kullanmıştır (25). "Folie circulaire-sirküler delilik" kavramı dünyada geniş oranda kabul görmüş ve bilimsel dergilerde yer almaya başlamıştır. 1896 yılında Emil Kraepelin, fonksiyonel psikozları "dementia prekoks" ve "manik-depresif psikoz" olarak ikiye ayırmış ve hastalığın belirtilerini, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını ve tüm klinik varyasyonları "Psikoz Manik Depresif" adı altında tanımlamıştır (1, 28). Bu açıdan değerlendirildiğinde, manik depresif hastalığı tanımlayan ilk kişi Kraepelin'dir. Manideki temel patolojiyi ruh halinde yükselme ile mental ve fiziksel işlevlerde artma, depresyondaki temel patolojiyi ise ruh halinde düşme ile mental ve fiziksel işlevlerde yavaşlama olarak tanımlamıştır. Kraepelin manik-depresif hastalık için üç önemli tanı ölçütü olarak; depresyon ya da öfori şeklinde yoğun emosyonel tonus, daha önceki sağlıklı işlevselliğe geri dönebilme, hastanın yaşamı boyunca tekrarlayan birçok atağının olması gibi özellikleri belirlemiştir (1). Böylelikle sadece melankolinin ve maninin bütün çeşitlerini gruplandırmakla kalmamış, manik depresif rahatsızlığı nozolojik olarak ve bir hastalık olarak ortaya koymuş ve rol oynayan biyolojik etkenler üzerinde durmuştur (19, 25).

1930'larda Bleuler depresif ve manik semptomlar ile seyreden bu hastalığı "affektif bozukluklar" başlığı altında toplamıştır (1). 1938'de elektrokonvulzif tedavinin keşfedilmesi ve depresyon üzerine olumlu etkisi, kafa travmalarının ardından depresyon ve mani benzeri klinik tabloların oluşması, dikkatleri bu hastalardaki subkortikal düzensizliğin önemine çekmiştir. Ardından antipsikotiklerin,

antidepresanların ve lityumun bu hastalıklar için kullanıma girmesi; birçok biyokimyasal kuramın öne sürülmesine neden olmuştur (24, 29). Leonard K. 1959 yılında unipolar ve bipolar hastalık ayrımını yaparak unipolar hastalığı sadece depresif ataklar ile seyreden tablo, bipolar hastalığı ise manik ve depresif ataklar ile ya da sadece manik ataklar ile seyreden tablo olarak tanımlamıştır (30). 1970’de psikopatolojilerin sınıflandırılması ile ilgili önemli çalışmalar yapılmış bipolar bozukluk ve major depresyon ayrı olarak ele alınmaya başlanmıştır (24).

2.1.2 Tanım ve Sınıflandırma

BAB, belirli bir düzen olmaksızın tekrar eden depresif ve manik ataklarla seyreden ve ataklar arasında hastanın tamamen sağlıklı duygudurum haline dönebildiği süregelen bir hastalıktır (1). BAB, zaman zaman yükselmiş (mani, hipomani) ve çökkün (depresyon) duygudurum değişiklikleri, dürtüsellik ve riskli davranışlar (madde kötüye kullanımı, aşırı para harcama, cinsel istek artışı) ile karakterizedir. Sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma, intihar riski, sık tekrarlama gibi nedenlerle hasta ve çevresindekilerin yaşamını olumsuz etkiler (31, 32). BAB çoğu kaynakta bipolar affektif (duygulanım) bozukluk olarak isimlendirilmesine rağmen, bu bozukluklarda önemli patoloji kişinin o anki emosyonel içeriğinin dışavurumu olan “affekt”te değil kişinin sürekli içsel durumu olan “mizaç”tır (duygudurum, mood) (33).

Majör Depresif Bozukluğun (MDB) ve BAB’nin iki ayrı hastalık olduğu ilk defa 1980 yılında DSM’de resmi sınıflandırma kapsamına alınmıştır (34, 35). “Affektif bozukluklar” tanımlaması kabul edilmiş ve affektif bozukluklar kapsamında BAB ile depresyon arasında ayırım yapılmıştır. Dunner ve arkadaşlarının önerisiyle BAB kendi içinde Bipolar Affektik bozukluk tip 1 (BAB-I) ve Bipolar Affektik bozukluk tip 2 (BAB-II) olarak iki alt tipe ayrılmıştır (36). DSM-III-R ile birlikte affektif bozukluklar tanımı yerine “duygudurum bozuklukları” tanımı gündeme gelmiştir (37, 38). Sadece şimdiki durumla sınırlı kalmaması ve sürekli bir emosyonel durumu tanımlaması nedeniyle duygudurum bozuklukları tanımı kabul edilmiştir (1, 39). 1994 yılında DSM-IV sınıflandırmasında bipolar bozukluk; bipolar I, bipolar II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk şeklinde dörde ayrılmıştır. DSM-IV antidepresan tedavinin yol açtığı manik nöbetleri “maddenin

neden olduğu manik epizod” tanımı altında ayrıca ele alarak, bunları bipolar I bozukluğunun içine dahil etmemiştir. Öte yandan karma ve hipomanik epizodlar için de ayrı ölçütler getirilmiştir. 2000 yılında yapılan DSM-IV-TR sınıflandırmasında da DSM-IV’te ki sınıflandırma esas alınmıştır (1).

DSM-IV-TR “Duygudurum Bozuklukları” başlığı altında şu tanımları getirmiştir (40);

1.Depresif Bozukluklar: MDB, Distimik Bozukluk, Başka Türlü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk

2.Bipolar Bozukluklar: BAB-I, BAB-II, Siklotimik Bozukluk, Başka Türlü Adlandırılmayan BAB

3.Diğer Duygudurum Bozuklukları: Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu, Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu, Başka türlü adlandırılmayan duygudurum bozukluğu

BAB-I tanısı için manik atağın görölmesi gereklidir. Çoğu zaman daha önce bir ya da birden çok depresif atak görölmüştür. Tanı için depresif atağın görölmesi gerekli değildir. Manik ya da depresif ataklar, genel tıbbi durum, ilaç tedavisi, ilaç kötüye kullanımı ya da depresyon tedavisi için kullanılan ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkmamıştır ve belirtiler şizofreni ya da sanrısız bozukluk gibi bir psikotik bozuklukla bağlantılı değildir (1). BAB-II bazen hipomanik ataklarla giden yineleyici (rekürren) major depresif epizod olarak da isimlendirilir. Manik ya da depresif ataklar bir yıl içinde dörtten fazla izleniyorsa, bu duruma hızlı döngülü BAB adı verilmektedir (1).

DSM-IV’e göre manik dönem tanısı konması için en az bir hafta boyunca kabarmış, taşkın ya da irritabl duygudurumun bulunması gerekir. Manik dönemler benlik saygısında abartılı artma ya da grandiyözite, uyku gereksiniminde azalma, basınçlı konuşma, fikir uçuşmaları, distraktibilite (dikkatin çelinebilirliği) amaca yönelik etkinliklerde artma ya da psikomotor ajitasyon ve kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere katılma ile karakterizedir. Manik epizoda

psikotik belirtiler eşlik edebilir ve şiddetli olgularda çoğunlukla yatarak tedavi gerekir (41).

Depresif duygudurum ve ilgi kaybı ya da zevk alınan etkinliklerden artık zevk alınmıyor olması, depresyonun ana belirtileridir. Depresyondaki hastaların hemen hepsi görevlerini yapmakta zorluk doğuran, okulda ve işte başarısızlıkla sonuçlanan bir enerji azlığından ve yeni tasarılar kurmak için istek azlığından yakınır (24). Hastaların yaklaşık %80'i uyku sorunlarından şikayet ederler. Genellikle erken uyanırlar (terminal insomnia) ve gece sık sık uyanırlar ve "sorunlarıyla" ilgili olarak düşüncelere dalarlar. Hastaların bir çoğunda iştah azalması ve kilo kaybı mevcuttur. Ancak bazı hastalarda iştah artması ve aşırı uyuma görülebilir. Bu hastaların, özellikle bu semptomlarına yoğun bir anksiyete eşlik ettiği zaman, atipik depresyonlarının olduğundan söz edilir. Anksiyete, depresyonun sık görülen bir semptomudur ve depresyondaki hastaların %90 kadarını etkiler. Diğer vejetatif belirtiler arasında menstruasyon bozuklukları ve cinsel ilgide azalma gibi semptomlar vardır (42). Hastaların yaklaşık yarısında belirtilerin diurnal değişkenlik gösterdiğini tanımlar. Bu hastaların semptomlarında sabah artma ve akşama doğru azalma görülür. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yeteneğinde azalma ve düşünce bozuklukları gibi kognitif semptomlar görülebilir (24). Depresyondaki hastaların yaklaşık üçte ikisi intihar etmeyi düşünür ve %10-15'i intihar girişiminde bulunur. Hastalar genellikle düzelmeye başladıkları ve intiharı tasarlayabilecek ve bunu uygulayabilecek gücü kendilerinde buldukları zaman intihar girişiminde (paradoks intihar) bulunurlar (24). Psikomotor retardasyon en sık görülen semptomdur. Hastanın hareketlerinde yavaşlama, yüz ifadesinde donuklaşma, bakışlarında sabitleşme saptanır. Kaşları arasında dikey yerleşimli kırışıklıklar görülür (omega bulgusu). Ancak, özellikle yaşlı hastalarda, psikomotor ajitasyon da görülebilir. Kendilerine bakımları çok düşük olmamakla birlikte bunu önemsemeyen bir tutum içinde olabilirler (24). Unutkanlık, depresif hastaların tipik bir yakınmasıdır. Unutkanlığın, dikkatini ve düşüncelerini toplama ve belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma güçlüğü ile ilişkisi olduğu düşünülür (24). Düşünce içerikleri genellikle, hezeyan düzeyinde olmayan, kayıp, pişmanlık, suçluluk, intihar, ölüm düşünceleri ile yüküldür. Sık karşılaşılan temalar, umutsuzluk, karamsar düşünceler, kişisel yetersizlik, karar vermede güçlütür. Benlik saygıları azalmıştır. Psikotik

depresyonda duygudurumla uyumlu hezeyanlar olarak, suçluluk, günahkarlık, değersizlik, yoksulluk, perseküsyon, somatik ve nihilistik hezeyanlar görülebilir (42). Depresif dönemlerin süresi çoğunlukla daha uzun sürer ve şiddeti değişkendir. Kesitsel olarak bakıldığında bipolar depresyon, bipolar olmayan depresyona göre pek çok yönden farklılık gösterir. Bipolar depresyonu olan hastalar, bipolar bozukluğu olmayan depresyonlu hastalarla karşılaştırıldığında daha fazla psikomotor retardasyon ve toplam uyku süresi, intihar girişimleri, sanrı ve varsanılar, birden kapanma türü depresyonlar, postpartum başlangıç, bölünmüş REM uykusu, hastalık dönemleri arası değişkenlik ve dönem içi duygudurum oynaklığı gösterirler. Öte yandan anksiyete, aşırı öfke dışavurumları, bedensel yakınmalar, psikomotor ajitasyon, ağrıya duyarlılık ve kilo kaybının da bipolar olmayan depresyonlarda daha sık görüldüğü çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (43). Hastaların üçte birinden fazlasının, belirtilerin başlamasından yaklaşık 10 yıl sonra doğru tanı aldığı bilinmektedir (44). Yanlış veya gecikmiş tanı durumlarında subsendromal depresif belirtiler ortaya çıkabilmekte veya dönemler arası iyileşme kalitesinde bozulma görülebilmektedir (45).

Yapılan çalışmalarda DSM tanı sınıflamaları dışında kalan farklı klinik durumlar olduğu bildirilmiştir. Akiskal, DSM'deki BAB sınıflandırmasını genel anlamda yetersiz olması, bazı noktalarda ise tutucu olması nedeniyle eleştirmektedir. Bipolar ve Unipolar depresyonun aynı şekilde tanımlanmış olması, "ılımlı bipolar" bozuklukların yeterince ele alınmamış olması, karma tip dönemler için depresif ve manik dönem ölçütlerinin tam karşılanmasının gerekmesi, ailede BAB öyküsüne yer verilmemesi ve mizaç özellikleri üzerinde durulmaması Akiskal'ın eleştirdiği bazı noktalardır. "Bipolar Spektrum" kavramını gündeme getirerek BAB-I ve BAB-II'nin dışında farklı klinik özellikleri olan ara gruplar olduğundan söz etmiştir. Sağaltımla ortaya çıkan hipomanik kaymanın BAB olduğu, karma maniler kadar karma depresyonların da varlığı, BAB-II'de depresyonun belirgin rolü ve kişilik bozuklukları ile BAB arasındaki ilişki Akiskal'ın üzerinde durduğu diğer konulardır (32). Hipertimik mizaç ve/veya BAB aile öyküsü varlığında tekrarlayan depresif dönemlerle giden durumlar için "yalancı unipolar" tanımını kullanmış ve bunların tüm unipolar depresyon hastalarının %10-20'sini oluşturduğunu bildirmiştir (46).

Ayrıca hastanın o anlık durumuna göre bir sınıflamada yer almasının yanılığa neden olacağını belirtmektedir.

Akiskal'ın sınıflama sistemlerinden farklı olarak öne sürdüğü bipolar spektrum sınıflandırması aşağıdaki gibidir;

*BAB-½: Şizobipolar bozukluk

*BAB-I: Manik-Depresif hastalık.

*BAB-I ½: Uzamış hipomani ve depresyon.

*BAB-II: Spontan hipomanik dönemler ve depresyon.

*BAB-II ½: Siklotimiye eklenmiş depresyon.

*BAB-III: Depresyon ve antidepresan ya da somatik sağaltımla ilişkili hipomani.

*BAB-III½: Madde ve/veya alkol kullanımıyla ilişkili duygudurum dalgalanmaları.

*BAB-IV: Hipertimiye eklenen depresyon.

DSM-5'te BAB'ın tanımlamalarına bakıldığında bazı farklılıklar gözlenmektedir (13). DSM-IV-TR'de "Duygudurum Bozuklukları" isimli bölümün başında ataklar tanımlandıktan sonra bölüm "Depresif Bozukluklar" ve "İki uçlu Bozukluklar" şeklinde iki alt gruba ayrılmıştı. DSM-5'te ise DSM-IV-TR'deki "Duygudurum Bozuklukları" bölümü kaldırılmış onun yerine "İki uçlu ve İlişkili Bozukluklar" ve "Depresif Bozukluklar" şeklinde iki ayrı bölüm konulmuştur. Bu değişiklikle iki uçlu bozukluklarla depresif bozukluklar birbirlerinden bölüm olarak ayrılmıştır. Son yıllarda özellikle genetik alanında yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğun sadece depresyonla değil şizofreni ile de ortak yönlerinin olduğunun gösterilmesi onların farklı grup bozukluk olarak kabul edilmelerinin bir sonucudur (47). Gerçekten de bu iki grup bozukluklarda uygulanan farmakolojik tedavi algoritmaları da farklıdır. DSM-IV-TR'de "Duygudurum Bozuklukları" bölümünün başında "Majör Depresif Atak", "Manik Atak", "Mikst Atak" ve "Hipomanik Atak" ayrı ayrı açıklanmış sonra

bozukluklar bunlara referans verilerek ele alınmıştır. DSM-5'te ise "İki uçlu Bozukluklar" için atak tanımlamaları her bir bozukluk için o bozukluğun içerisinde belirtilmiştir. Bu değişiklik daha iyi bir anlatım oluşmasını sağlamıştır. DSM-IV-TR'deki atak tanımlamaları sanki bozukluk tanımlamalarıymış gibi yanlış bir izlenim uyandırıyordu. DSM-IV-TR'de manik ve hipomanik atakların A grubu tanı ölçütlerinde yalnızca kabarmış bir duygudurumdan bahsedilmekteydi. DSM-5'te ise "Manik" ve "Hipomanik" atakların A tanı ölçütlerinin karşılanması için yalnızca kabarmış bir duygudurumun değil aynı zamanda etkinlik ve enerjide de bir artışın bulunması gerekmektedir. Bu değişiklik de tanıdaki doğruluğunun ve güvenilirliğinin artırılmasını sağlamıştır. DSM-IV-TR'de "Manik", "Hipomanik", "Majör Depresif", ve "Mikst" biçiminde dört atak tanımlanmıştı. DSM-5'te ise "Mikst Atak" kaldırılmış, bunun yerine Manik ya da Hipomanik ataklar için "Mikst özelliği" getirilmiştir. Ancak buradaki mikst belirleyicisi için DSM-IV-TR'deki gibi tam bir "Majör Depresif Atığın" özelliklerinin sağlanması gerekmemektedir. "Mikst" özellik için bazı majör depresif belirtilerin yer aldığı ayrı bir tanı ölçüt kümesi oluşturulmuştur. DSM-5'te "Mikst Atığın" kaldırılıp yerine "Mikst Özellik" belirleyicinin getirilmesi ile hem daha iyi bir organizasyon sağlanmış hem de "Mikst özelliğin" tanı ölçütleri daha güvenilir ve geçerli hale getirilmiştir.

Bu değişiklikler göz önüne alındığında DSM-5'te BAB'ı da içeren duygudurum sınıflaması aşağıdaki gibi olmuştur;

- 1. Duygudurum dönemleri:** Majör Depresif dönem, manik dönem, hipomanik dönem
- 2. Depresif Bozukluklar:** Majör depresif bozukluk (Tek dönem, yineleyici), yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu, düreğen depresif bozukluklar, premenstrüel disforik bozukluk, BTA depresif bozukluk
- 3. Bipolar Bozukluklar:** BAB-I (Tek manik dönem, en son dönem hipomanik, en son dönem manik, en son dönem depresif, en son dönem belirlenmemiş), BAB-II, siklotimik bozukluk, BTA BAB

4. Diğer Duygudurum Bozuklukları: Diğer tıbbi duruma bağlı duygudurum Bozukluğu, madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu, BTA duygudurum bozukluğu

DSM-5'e göre BAB-I tanısı koyabilmek için, en az bir mani dönemi için tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir. Mani döneminin öncesinde ya da sonrasında hipomani ya da yeğin (majör) depresyon dönemleri bulunabilir. BAB-II tanısı koymak için majör depresyon ve hipomani dönemlerinin bulunması gerekir.

BAB, ICD-10'da (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) F-31 kodu ile yer almıştır (48). Kısaca hastanın ruh hali ve aktivite düzeyleri üzerinde, enerji ve aktivitede artış ve kabarmış duygudurum (hipomani veya mani) ile enerji ve aktivitede azalma ve çökkün duygudurum (depresyon) gibi durumlara dayanan anlamlı düzeyde rahatsızlık oluşturan iki ya da daha fazla atak ile karakterize bir hastalık olarak tanımlanmaktadır.

ICD-10'da BAB'nin başlıca dokuz tipi tanımlanmıştır:

- a. F31.0 Bipolar duygulanım bozukluğu, şimdiki nöbet hipomanik
- b. F31.1 Bipolar duygulanım bozukluğu, psikotik belirtisiz şimdiki nöbet manik
- c. F31.2 Bipolar duygulanım bozukluğu, psikotik belirtili şimdiki nöbet manik
- d. F31.3 Bipolar duygulanım bozukluğu, şimdiki nöbet hafif veya orta şiddetli depresyon
- e. F31.4 Bipolar duygulanım bozukluğu, şimdiki nöbet psikotik belirtisiz ağır depresyon
- f. F31.5 Bipolar duygulanım bozukluğu, şimdiki nöbet psikotik belirtili ağır depresyon
- g. F31.6 Bipolar duygulanım bozukluğu, şimdiki nöbet karışık
- h. F31.7 Bipolar duygulanım bozukluğu, remisyonunda
- i. F31.8 Bipolar duygulanım bozuklukları, diğer

j. F31.9 Bipolar duygulanım bozukluğu, tanımlanmamış

2.1.3 Epidemiyoloji

BAB sosyal ve ekonomik kayıplara neden olabilen, ciddi, süregelen ve sık görülen bir hastalıktır. Bu hastalığın; Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünyada en çok sakatlık ve ölüm nedeni olan 291 hastalık içinde 46. sırada ayrıca 1990-2010 yılları arası yapılan bir çalışma neticesinde ABD'de maluliyet nedenleri arasında 18. sırada olduğu bilinmektedir (49, 50).

BAB yaşam boyu prevalansı %0,7-1,6 (ortalama %1,2) arasında değişmektedir. Bipolar spektrum olarak ele alındığında, bu oran %5'i geçmektedir (51-53). Yaşam boyu prevalans oranları erişkin popülasyonda BAB-I için %0,4-1,6 (ortalama %0,8), BAB-II için %0,5 olarak saptanmıştır (54-57).

BAB'da sıklık oranı erkekler için 9-15/100.000, kadınlar için 7,4-30/100.000 oranında saptanmıştır (53, 55, 58). BAB-I kadınlarla erkeklerde eşit oranlarda görülmesine karşın, BAB-II kadınlarda daha sık görülür (57, 59). Nicel olarak benzer olmasına rağmen nitelik açısından hastalığın seyri her iki cinsiyette farklılıklar göstermektedir. Manik dönemler erkeklerde depresif dönemler ise kadınlarda daha siktir. Kadınlarda hızlı döngülülük oranı daha yüksektir (60). BAB'ın yaşam boyu yaygınlığı farklı ırk ve kültürlerde değişkenlik göstermez; bu da hastalığın çevresel faktörlerden bağımsız olduğunu göstermektedir (61, 62).

BAB'da ilk belirtilerin ortaya çıkması en sık 15-19 yaşları arasında ve ikinci olarak da 20-24 yaşları arasında olur (57, 63, 64). Genel olarak belirtilerin 20'li yaşlarda başladığı söylenebilir. Hastaların %20-30'unda ilk dönem 21 yaşından önce ortaya çıkarken, %10'unda 50 yaşından sonra başladığı bildirilmektedir (63, 65). Hastaların yaklaşık üçte birinde erken başlangıç (18 yaştan önce) görülmektedir (64). Genel olarak bakıldığında, BAB-I ve BAB-II'nin başlangıç yaşı birbirine yakındır, fakat BAB-II'de başlangıç yaşı hafifçe daha yüksek olmaya eğilimlidir (57).

Erkek ve kadın arasında başlama yaşı açısından fark saptanmamıştır (55, 57, 66, 67). Yapılan araştırmalarda maninin ilk başlangıç yaşı erkeklerde ortalama 24,4 yıl, kadınlarda 24,8 yıl bulunmuştur (32, 68). Ancak ilk yakınmalarla psikiyatriste

başvurdukları dönemde bu hastaların %69'una tanı konamamaktadır (32). İlk belirtilerin ortaya çıkması ile BAB tanısı konulması arasında genellikle 5-10 yıllık bir süre bulunmaktadır (69, 70). BAB genellikle 15-44 yaş arasında ortaya çıkar. 50 yaşından sonra başlayan olgular nadir olmakla birlikte % 10 oranında bildirilmektedir (63).

Son zamanlarda yapılan birçok araştırmada, BAB-I başlangıç yaşına göre üç alt grupta kümelenmiştir (63, 71-75). Çalışmaların çoğunda erken başlangıçlı grup yaş ortalaması 17, orta yaş başlangıçlı grup yaş ortalaması 26, geç başlangıçlı grup yaş ortalaması 35-46 arası olarak saptanmıştır (63). Erken başlangıçlı hastalarda genetik faktörlerin daha büyük rol oynadığı gösterilmiştir. Psikotik özellikli ve karma dönemler, eş tanılı durumlar, yaşam boyu panik bozukluk sıklığı, alkol madde kullanımı ve intihar davranışı daha fazla görülür (76, 77). Erken başlangıç daha ağır hastalık ve daha kötü prognoz gösterir ve bu durum bozukluğun kronik yapısı, duygudurum dengeleyici tedavilere direnç, yüksek ek tanı ile ilişkilidir (78, 79).

BAB, ırk ve cinsiyet farkı gözetmeksizin eşit dağılım gösterir (57). Hastalığın yaşam boyu yaygınlığı kadın ve erkek arasında farklılık göstermemektedir ancak hastalığın dönemsel özellikleri ve seyrinde bazı cinsiyet farklılıkları bulunmaktadır. Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda daha sıktır (80). Kadınlarda, karma durumlar ve hızlı döngü daha sık görülmektedir (1, 58, 66, 67, 81).

BAB-I kadınlarla erkeklerde eşit oranlarda görülmesine rağmen, BAB-II kadınlarda daha sık görülür ve toplumun %0,5'ini etkilemektedir (57, 59). Doğum sonrası dönemde BAB depresif dönemin sıklığı göreceli olarak yüksektir ve postpartum depresyon hastalarının çoğu BAB'a sahiptir (57). BAB'ı olan hastaların % 28'inde epizodlar mevsimsel özellikler gösterir.

BAB'ın genetik yönünün olduğu kabul edilir. Aile öyküsü olanlarda bipolar bozukluk görülme oranı toplumdakinden daha yüksektir. Ayrıca bu kişilerde hastalık daha erken başlangıçlı ve prognozu daha kötüdür. Normal popülasyonda ortalama %0,8 oranında görülürken BAB hastaların çocuklarında bu oran %13'e çıkmaktadır

(82). BAB'ı olan anne ve babaların çocuklarında diğer duygudurum bozuklukları görülme oranlarında da artış olduğu bilinmektedir (83).

Sosyoekonomik düzeyi düşük gruplarda daha sık görülen unipolar depresyonun (UPD) aksine, BAB sosyal sınıfla çok ilişkili gözükmemektedir. Üst sosyoekonomik düzeyde daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar olmasına rağmen veriler kesin değildir (1, 84, 85). 2008 yılında yayınlanan, Dünya Sağlık Örgütü'nün işbirliği ile 15 ülkede yürütülen geniş kapsamlı bir çalışmada BAB'ın ortalama gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde daha fazla saptanmış olması da bu kanaati destekler niteliktedir (86).

BAB'da travma öyküsü ile ilgili yapılan çalışmalar özellikle manik dönem sırasında hastaların hastalıkla ilişkili olumsuz yaşantılar yaşayabilecekleri ve travmatize olabileceklerini gösterdikleri gibi yaşanmış travmanın da BAB ataklarını tetikleyebileceğini göstermektedir (87, 88).

Ayrı yaşayan ya da boşanmış çiftlerde, BAB-I sıklığı ve hızlı döngülülük riski evli olanlara kıyasla daha fazla olduğu saptanmıştır (1, 84, 85). Fakat bu farklılığın hastalığın erken başlangıcından ve hastalığın evlilikteki uyumsuzluklara neden olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (65). BAB hastalarında genel topluma oranla boşanma oranının üç kat fazla olduğu bildirilmektedir. Kessler ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, BAB'da evlenmemiş olma oranının topluma göre daha yüksek olduğunu göstermişlerdir (58).

2.1.4 Semptomatoloji ve Klinik Seyir

BAB, ortalama 15-25 yaş arasında başlayan, önemli ölçüde ailesel geçiş gösteren, ataklarla seyreden bir hastalıktır. BAB-I ve BAB-II'nin başlangıç yaşları birbirine yakındır ancak BAB-II'nin biraz daha geç başladığı bildirilmektedir (57). BAB genellikle her iki cinsten de (kadınların %75'i erkeklerin %67'sinde) depresyonla başlar. Sıklıkla ilk manik dönem öncesi hastalar bir kaç depresif dönem geçirirler (35, 89). Hastaların %40-50'si ilk manik dönemden sonraki 2 yıl içinde ikinci manik dönemi yaşar. Major depresyon tanısı ile takip edilen hastaların %5-10 kadarı 6-10 yıl sonra manik bir dönem yaşarlar. Bu nedenle depresyon tanısı ile takip edilen hastalar bipolarite yönünden dikkatlice değerlendirilmelidir. Yeterli ve uygun

tedavi almamış hastalarda yaşam boyu ortalama ondan fazla hastalık dönemi olduğu düşünülmektedir. BAB'da psikiyatrik ve fiziksel hastalık ek tanıları topluma göre daha sık görülmektedir ve intihar sonucu ölüm riski fazladır (89).

BAB-I bir ya da birden çok manik dönemin ortaya çıkması ile belirli bir klinik seyir gösterir. BAB-II'de ise en az bir majör depresif dönem ve en az bir hipomanik dönem olmalı fakat manik dönem bulunmamalıdır (40). Birçok hasta hem manik hem de depresif dönemler yaşarken, %10-20'si sadece manik dönemler yaşar (57). Klasik olarak manik dönemler ortalama iki ay olmak üzere en kısa, karma dönemler ise beş aydan bir yıla kadar uzayan süreleri ise en uzun süren dönemlerdir (90). Depresif dönemlerin uzunluğunun iki ile beş ay arasında olduğu söylenebilir (91). Hastalığın uzunlamasına seyrinde görülen dönem sayısı, hastalığın süresine ve koruyucu sağaltıma verilen yanıtla bağlıdır. Hastaların çoğu 20 senelik bir hastalık süresinde üçten fazla dönem yaşarlar. Hastalığın seyrinde döngü uzunluğunu ve sıklığını değerlendirmek daha güvenilir bir yöntemdir. Döngü, bir dönemin sonundan bir diğer dönemin başlangıcına kadar geçen süre olarak tanımlanır. Döngü uzunlukları 68 haftadan birkaç yıla uzanan bir yelpazede büyük farklılıklar göstermektedir (92). Bazı yazarlar hastalığın seyri sırasında döngülerin giderek kısalacağını bildirmektedir. BAB'ı olan hastaların %28'inde epizodlar mevsimsel özellikler gösterir (92).

Manik dönem en az bir hafta veya hasta yatırılmak zorunda kalırsa daha kısa süren, olağan dışı ve uzun süreli yükselmiş ekspansif ve irritabl bir duygudurum dönemidir. Bu dönemde duygudurum alanında (yükselmiş, öforik ya da taşkın duygudurum), bilişsel alanda (grandiyözite ve psişik hızlanma), motor alanda (motor eksitasyon ve riskli davranışlar) ve somatik alanda (uyku gereksiniminde azalma ve libido artışı) belirtiler gözlenir. Manik dönem klinik özellikleri içinde; psikomotor aktivitede hızlanma nedeniyle hızlı ve yüksek hacimli konuşma, araya girmenin zorlaştığı basınçlı konuşma, fikir uçuşması, fikir akışında hızlanma, hareketlerde hızlanma, cinsel istekte artış, uykusuzluk, benlik duygusu ve kendine güvende abartılı artış sayılabilir. Kendine güvendeki artış bazen psikotik düzeyde olabilir. Öfori, engellenme eşiğinde düşme, yeni ilgi alanları, riskli davranışlar belirgindir. Taşkınlık, öfke, saldırganlık hastaların %75'inde görülür. Hastanın duygudurumu,

bozukluğun ilk dönemlerinde öforik iken ilerleyen dönemlerde irritabl olur. Dikkati yoğunlaştırma ve sürdürme bozulmuştur. Hastalar sıklıkla dini, politik, ekonomik konular, cinsellik ve başkalarından zarar görme ile ilgili aşırı düşünce uğraşlarına sahiptir ve bu düşünceler sanrısız boyut da alabilir. Hastaların %75'inde sanrılar vardır. Sanrı ve varsanılar duygudurumla uyumlu olabileceği gibi uygunsuz da olabilir (84). Ergenlik döneminde gözlenen mani, sıklıkla şizofreni ya da antisosyal kişilik bozukluğu olarak yanlış tanı alabilir. Ayrıca ergenlik döneminde ortaya çıkan manik dönemde artan dürtüsellik ve risk alma davranışı nedeniyle alkol ve madde kötüye kullanımı, suça karışma gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (80, 93).

Depresif dönem en az iki hafta sürer ve kilo değişiklikleri, uyku ve aktivite değişiklikleri, enerji azlığı, suçluluk duyguları, düşünme ve karar alma güçlükleri, yineleyen ölüm ve intihar düşüncelerini içeren tanı kriterlerinden en az dört belirtiyeye sahip olmalıdır. Bipolar depresyonla, UPD arasında çeşitli klinik farklılıklar bulunmaktadır. Psikomotor retardasyon, melankolik belirtiler (değersizlik düşünceleri, değişmeyen duygudurum ve anhedoni gibi), atipik belirtiler (hipersomni ve kurşun paralizisi gibi) ve psikotik özellikler bipolar depresyonda daha sık görülmekte iken anksiyete, başlangıç uykusuzluğu ve başkalarını suçlama UPD'ye oranla daha az görülmektedir. Depresif dönemler, unipolar depresif hastalara göre bipolar depresif dönem hastalarında daha kısa sürmektedir. Erken başlangıç yaşı, daha sık depresif dönemler, atağın akut başlaması ve hızlı sonlanım bipolar depresyonda daha sık görülür (94). Bir depresyon dönemi ne kadar erken başlamış ve psikotik özellikli olsun ya da olmasın ağır ise bu dönemin ilerde manik ya da hipomanik dönem yaşamanın habercisi olma olasılığı o kadar yüksektir. BAB tanı hastaların yaklaşık olarak yarısında, hastalık depresif dönemle başlar. Depresif dönemlerde intihar riskinde artış olduğu belirtilmiştir (94).

Hızlı döngülülük, BAB tanı hastaların %5-15'ini kapsamakta ve %70-90'ı kadınlarda ortaya çıkmaktadır (42). Hızlı döngülü BAB kadınlarda, ultra hızlı döngülü BAB erkeklerde daha sık görülmektedir (57). Ultra hızlı döngü kavramı bir ay içerisinde dört ya da daha fazla dönem yaşanmasını, ultradian hızlı döngü ise bir hafta içerisinde dört ya da daha fazla dönem yaşanmasını veya gün içinde kaymaların olmasını tanımlar. Ultra hızlı döngülü grupta hipomanik, manik ve depresif dönemler

birkaç günde bir hızla değişmektedir. Çoğunda dönemler belirli bir düzen içerisinde oluşur. Hızlı döngülü dönemler kendi içlerinde, %42'si hızlı döngülü, %26,8'si ultra hızlı döngülü, %19,7'si ultradian döngülü olarak seyretmektedir (1).

BAB tanılı hastalarda ortalama manik dönem sayısı dokuzdur ancak hastalar 2-30 manik dönem yaşayabilir (80). Hastaların yaklaşık %40'ı ondan fazla dönem geçirir. BAB tanılı hastaların yaklaşık %40-50'si ilk dönemden sonra iki yıl içinde ikinci manik dönem geçirirken yaklaşık %70-80'i de ilk 5 yıl içinde en az bir yeni dönem geçirirler. Yaşam boyu hastalık sürelerinin %20'ye yakını hastanede geçirirler ve hastaneye yatırılan hastaların yarısı beş yıl içinde yeniden hastaneye yatırılır (95). BAB-I hastalarının %7'si tam iyileşir, %45'i birden fazla dönem geçirir ve %40'ı süregenleşir (57).

BAB'da yaşam boyu intihar oranı normal popülasyona göre 20-30 kat fazladır ve hastaların %25-50'si yaşamlarının bir döneminde intihar girişiminde bulunmuştur (32). Bipolar depresyondaki hastalarda intihar davranışı ise bipolar manik döneme göre 35 kat daha fazladır (1, 96).

BAB tanılı hastalar mesleki anlamda önemli oranda işlevsellik kaybına uğramaktadırlar. Özellikle eşik altı depresif belirtilerin varlığında işlevsellikte bozulmanın daha fazla olduğu belirtilmiştir (97). Manik hastaların uzun dönem takiplerinde hastaların %35'inin işlevselliğinde önemli bir azalma olduğu gözlenmektedir (98). Hastaların 2/3'ünde işverimi düşmekte, 1/3'ünde sosyal işlevsellik azalmakta ve %45'i hastalıkları sebebiyle eşlerinden ayrılmaktadır. BAB olan hastalarda genel topluma oranla boşanma oranının üç kat, işsizlik oranının iki kat fazla olduğu bildirilmektedir. Tedavi harcamaları, sık hastane yatışları ve iş gücü kaybı gibi nedenler ekonomik kayıpların oluşmasına yol açmaktadır (99).

Hastalığın geç yaşta başlaması, erkek cinsiyet, kötü mesleki işlevsellik ve hastalık öncesi düşük işlevsellik, düşük sosyoekonomik düzey, hızlı döngülülük, geçirilmiş dönem sayısının fazla olması, hastaneye yatış sayısının fazla olması, manik dönemde var olan depresyon belirtileri, kalıntı belirtiler, duygudurumla uyumsuz psikotik belirtiler, madde kötüye kullanımı ek tanısı ve şizoaffektif belirtilerin varlığının kötü prognostik faktörler olduğu belirtilmiştir (47, 100).

Hastalığın yinelenme sayısı ve şiddeti gidişi belirleyen en önemli etmenlerdendir. İlk hastalık döneminin erken ve başarılı sağaltımı gidişin olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir (101).

2.1.5 Etiyoloji

BAB etiyojisini tek bir nedenle açıklamak mümkün görülmemektedir. Biyolojik ve psikososyal birçok faktörün etiyojide yeri vardır (47).

2.1.5.1 Düzenleyici Nörotransmitterler

Yapılan çalışmalarda duygudurum bozukluğu olan hastalarda biyolojik anormallikler olduğu bildirilmiştir. Norepineferin (NE), seratonin (5HT), dopamin ve histamin duygudurum bozukluklarının etiyojisine yönelik yapılan araştırmaların temelini oluşturmaktadır. Manik dönemlerde Beyin Omurilik Sıvısında (BOS) norepinefrin metaboliti olan MHPG (3-metoksi-4-hidroksi fenilglükol), dopamin metaboliti olan Homovalinik Asit (HVA), serotonin metaboliti 5-Hidroksi Indol Asetik Asit (5HIAA) ve sodyum düzeyleri yüksek bulunmuştur. Depresif epizodda ise bu metabolitler tersine azalmaktadır. NE ve 5HT duygudurum bozukluklarının patofizyolojisiyle en çok ilişkili bulunan nörotransmitterlerdir. Biyolojik aminler üzerine yapılan çalışmalarda nörotransmitter etkinliği, reseptörlerin yoğunluğu ve duyarlılığı üzerinde durulmaktadır. Son dönemlerde yapılan çalışmalarda tek nörotransmitter sistemlerindeki bozukluklara odaklanmaktan, nörodavranışsal sistemler, nöral devreler ve daha karmaşık nöroregülasyon mekanizmalarının incelenmesine doğru bir kayma meydana gelmiştir (102).

β -adrenerjik reseptörlerdeki duyarlılık azalması ve down-regülasyonla klinik antidepresan yanıtları arasındaki bağıntı, muhtemelen depresyonda noradrenerjik sistemin doğrudan rol oynadığına işaret eden inandırıcı tek veridir. Depresyonda presinaptik β 2 reseptörlerin aktivasyonu ile salınan norepinefrin miktarında azalma gösterilmiştir (102). Mani oluşumunda temel olarak noradrenerjik aktivasyondan ve noradrenerjik-kolinerjik sistemler arasındaki denge bozukluğundan, kolinerjik yetersizlikten söz edilmektedir (103). Sağaltım ve korumada lityum nörotransmitter salınımını azaltır ve geri alınımını artırır. Manide özellikle NE aktivitesinde artış vardır. Sağlıklı kontrollere kıyasla manik hastaların BOS ve plazmada MHPG ve

idrarda NE, VMA düzeylerinin daha yüksek bulunduğu ve lityum sağaltımıyla bu düzeylerinin anlamlı ölçüde azaldığı belirlenmiştir (104).

Serotonin azalması, depresyonu tetikleyebileceği ve özkıyımına ilişkin impulsları olan bazı hastalarda düşük BOS serotonin metabolitleri ve düşük trombosit serotonin geri alım bölgeleri konsantrasyonu saptandığı bildirilmiştir (57). L-triptofan, serotoninin öncüsüdür ve yüksek dozlarda verildiğinde mani benzeri tabloya neden olmaktadır (80, 103). Serotonin uyku-uyanıklık, yeme isteği, libido, beden ısısı gibi işlevlerde düzenleyici rolü vardır. Depresyon ve manide serotonin düzeyinde azalma olduğu gösterilmiştir (28).

Depresyonda dopamin aktivitesinin azaldığını, manide ise arttığını gösteren araştırmalar mevcuttur. Dopamin ve depresyon hakkında iki kurama göre depresyonda mezolimbik dopamin yolağının disfonksiyonel olabileceği ve dopamin D1 reseptörünün depresyonda hipoaktif olabileceği bildirilmiştir (80). Manide dopaminerjik sistem aktivitesinde uyarılma olduğu saptanmıştır (1). L-DOPA gibi dopamin aktivitesini arttıran ajanların maniye tetikleme bu görüşü desteklemektedir (57).

Dopaminerjik-noradrenerjik aktivasyonda artış ve noradrenerjik-kolinerjik sistemler arasındaki denge bozukluğu (kolinerjik yetersizlikten) manide görülen biyokimyasal süreçlerdir. Asetilkolinin sinaptik salınımının depresyon, salınımın azalması ise mani ile ilgili ilişkilidir (1).

BAB hastalarının postmortem çalışmalarında; hastaların oksipital, prefrontal ve temporal kortekslerinde G protein etkinliği ve konsantrasyonunda artış, prefrontal kortekste protein kinaz C etkinliğinde değişiklikler, oksipital kortekste fosfotidilinozitol hidrolizinde azalma saptanmıştır. G proteini işlevlerindeki değişikliklerin patofizyolojik açıdan önemli olduğu, tedavi edilmeyen manik olgularda G proteini işlevlerinde artma bulunduğu saptanmıştır. Lityumun G proteini işlevlerini azalttığı gösterilmiştir (105).

2.1.5.2 İyon Sistemleri

Duygudurum bozukluklarında elektrolit ve sıvı dengesizliği olduğu varsayımı ile bağlantılı olarak BAB'da sodyum pompası ya da Na-K-ATPaz değişiklikleri olduğu ileri sürülmüştür. Özellikle eritrositlerde Na-K-ATPaz etkinliğinde azalma olduğu saptanmıştır (106). Manik dönem sırasında hücre içi sodyum düzeyinin arttığı ve iyileşme döneminde ise normale döndüğü bildirilmektedir. Aynı zamanda antikonvülzan ilaçlar hızlı sodyum kanalları üzerinde inhibisyon yaparak etki göstermektedirler (1). Kalsiyum düzeyi ile ilgili olarak ise; fosfoinositol kalsiyum bağlantısındaki düzensizliğin BAB'ın patofizyolojisinde rol oynayabileceği ve BAB hastalarının trombositlerinde uyararla birlikte serbest kalsiyum düzeyinin arttığı bildirilmektedir (21). Kalsiyum kanal blokörlerinin antimanik etkinliğinin olması da, kalsiyumun etiyolojideki rolünü desteklemektedir (1).

2.1.5.3 Nöroendokrin Düzenleme

Duygudurum bozuklukları ile ilgili majör nöroendokrin akslar adrenal, tiroid ve büyüme hormonu akslarıdır (107). Büyüme hormonu yanıtının azalması, lüteinize hormon salgısında azalma, vazopressin ve kalsitonin salgısında bozukluklar depresyonda izlenmektedir. BAB olgularında TSH'ye TRH cevabı artmaktadır. Depresyonda TRH'ye TSH yanıtı azalır ve serum T4 düzeyi yükselir. BAB'da klinik belirti vermeyen hipotalamo-pitüiter-tiroid eksen bozukluklarının daha sık olup, hızlı döngülü olgularda subklinik hipotiroidinin daha çok görüldüğü saptanmıştır (1, 80). Nöroendokrin dizgenin bozukluklarında en iyi belirlenmiş olan, hipofizden Adreno Kortikotropik Hormon (ACTH) salgılanmasının artmasıyla birlikte ACTH'ye karşı sürrenal duyarlılığın da artması ve buna bağlı olarak plazma kortizol düzeylerinde yükselme görülmesidir (28).

Bunun yanı sıra nokturnal melatonin salgılanmasının azaldığı, serotonin antagonistlerine prolaktin yanıtının azalması, folikül stimulan hormon ve erkeklerde testosteron düzeylerinde düşüş olduğu gösterilmiştir (60). Beyin omurilik sıvısında somatostatin düzeylerinin depresyonda düşerken manide arttığı rapor edilmiştir (60).

2.1.5.4 Nöroimmünolojik Düzenleme

Interlökin-1, Interlökin-6, Tümör Nekrozis Faktör (TNF), interferon alfa, beta, gama gibi immün sistem tarafından üretilen bazı sitokinler bağışıklık sistemindeki rollerinin yanı sıra nörotransmitter benzeri roller üstlenir. Yüksek Interlökin-1 serum düzeyi ile oluşan “hastalık davranışı sendromu” belirtileri, depresyonun bazı vejetatif belirtilerine benzemektedir. BAB’da depresif ve manik dönemlerde hücrel immünitede artış gözlenmektedir (1). Bulgular duygudurum bozukluklarının patofizyolojisinde immünmodülatörlerin önemli rol oynadığını göstermektedir (108). Antidepresan ilaç tedavisi sonrası sitokin düzeylerinin normal düzeylere döndüğü gözlenmektedir (109).

2.1.5.5 Nörogörüntüleme

BAB’ın nöropatolojisi ile ilgili olarak yapılan görüntüleme çalışmalarında amigdala, prefrontal korteks, talamik, hipokampal, pallidal ve striatal bölgelerde anormallikler saptanmıştır. BAB tanılı hastalarda yapılan görüntüleme çalışmalarında; ventriküler genişleme, amigdala hacminde artış, singulat korteksin hacminde ve glial hücrelerinde azalma, bazal gangliada hiperintens lezyon artışı, hipokampal alandaki hücre gruplarında atrofi ve yoğunluk azalması izlenmektedir (110). BAB tanılı hastalarda yapılan fonksiyonel MRI ve MR spektroskopi çalışmalarında, erken başlangıçlı BAB’da striatal ve talamik bölgelerde anormallikler saptandığı sık olarak bildirilmiştir (111, 112).

2.1.5.6 Genetik

Çeşitli aile, evlat edinme ve ikiz çalışmaları duygudurum bozukluklarının kalıtsal özelliğini göstermiştir. Yapılan aile çalışmaları bir ebeveynde duygudurum bozukluğu mevcutsa, çocukta %10-25 arasında bir duygudurum bozukluğu riski olduğunu göstermiştir. Her iki ebeveynde etkilenmişse risk yaklaşık iki katına çıkmaktadır. Ailede etkilenen birey sayısı arttıkça çocuktaki risk de artar (102).

Ebeveynden birinin BAB-I tanısı varsa çocuklarında bir duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı %25’tir. Her iki ebeveynde BAB-I tanısı varsa çocuklarında bir duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı %50-75 arasındadır (113). BAB-I oranı

birinci derece akrabalarda kontrollere oranla 8-10 kat artmıştır (113). BAB ve MDB birlikte ele alındığında, monozigot ikizlerdeki konkordansın (%79,5), dizigot ikizlerden (%23) 3,5 kat fazla olduğu saptanmıştır. Monozigotlarda konkordansın tam olmaması, penetransı tam olmayan gen ve çevresel nedenlerin rolünü düşündürmektedir (102, 105).

BAB olan hastaların birinci derecede akrabalarında duygudurum bozukluğu, psikiyatrik hastalığı olmayan kontrol gruplarının yakınlarına göre belirgin şekilde daha fazladır. Genetik geçişin biçimi henüz aydınlatılamamıştır. Ancak bunun çok sayıda genle ilişkili olduğu, bunlardan bazılarının hastalığa yatkınlık için daha fazla bir etkinlikte olduğu ve çevresel faktörlerin sorumlu olduğu karmaşık bir geçiş düşünülmüştür. Bulgular; BAB'ın klasik mendel genetik yasalarıyla kalıtsal geçiş göstermediğini ve tek bir genetik alanla belirlenen dominant geçişe de uymadığını birden fazla geni ilgilendiren (polimorfik-poligenik) ve birçok işlevsel etkenin rol oynadığı (multifaktöryel) bir kalıtım ile genetik geçiş gösterdiğini desteklemektedir (1, 67, 114-116).

Genetik çalışmalar, erken başlangıçlı ve geç başlangıçlı BAB arasında, apolipoprotein E ϵ 4 alleli (117, 118) ve tirozin hidroksilaz gen polimorfizmi (119) ve antisipasyon fenomeni (1) açısından anlamlı farklar bulunduğunu bildirmektedir. Genetik bağlantı çalışmalarında Baron ve arkadaşları, X'e bağlı BAB'ın erken başlangıçla karakterize olduğunu ve artmış aile yükü ve yüksek depresif relaps oranı gibi özelliklerinin bulunduğunu bildirmiştir (120). Güncel çalışmalarda voltaj bağımlı kalsiyum kanallarının etkinliğiyle ilişkili olan CACNA1C, CACNA1D, CACNAB2 genlerinin hastalıkla ilişkili olabileceği gösterilmiştir (121).

2.1.5.7 Psikososyal Faktörler

Yapılan gözlemler neticesinde ilk ataklarda stresör bir faktör bulunması diğer ataklara göre daha fazladır. Bu durumu ateşlenme (kindling) modeli; ilk atak dönemindeki stresin çeşitli nörotransmitter ve intranöronal sinyalleşme sistemlerinin işlevsel durumunu değiştirebileceği, hatta bu değişiklikler nöronlarda kayıp ve sinaptik bağlantılarda ileri derecede bir azalma yapabileceği dolayısıyla kişinin daha

sonra bir stresör olmadan da yeni duygudurum dönemleri geçirme riskinin yüksek olacağı şeklinde açıklar (102).

Geçirilen ataklar kişiyi hastalık açısından daha duyarlı bir hale getirmekte bu da hastalığın ilerlemesiyle epizodlardaki sıklığın artmasını da açıklamaktadır. Hastalık başlangıcıyla ve daha şiddetli hastalık seyriyle ilişkili olduğu düşünülen çocuklukta kötü muamele görmek gibi stresli yaşam olaylarını inceleyen çalışmalar tutarlı sonuçlar vermemektedir.

2.1.5.8 Psikodinamik Faktörler

Sigmund Freud tarafından tanımlanıp Abraham tarafından geliştirilen klasik depresyon görüşünün içerdiği maddeler şu şekildedir.

- a. Oral evrede anne-çocuk ilişkisindeki bozukluklar depresyona yatkınlık oluşturur.
- b. Depresyon gerçek veya imgesel obje kaybıyla ilişkilendirilebilir.
- c. Kayıp nesnelerin içe atımı nesne kaybının oluşturduğu sıkıntıyla baş etmede kullanılan bir savunma mekanizmasıdır.
- d. Kaybedilen nesne nefret ve sevginin bir karışımı olarak algılandığından öfke içe yönlendirilir.

Diğer kuramcılardan bazılarının görüşlerine bakacak olursak; Melanie Klein sevilen kişilere karşı saldırganlık ifadesi olarak, Edward Bibring yüksek idealler ve bunlara ulaşamama arasındaki çelişkinin farkındalığı sonucunda, Silvano Arieti insanların hayatlarını vakfettikleri kişi veya idealin beklentilerini karşılayacak şekilde yanıt vermeyeceğini fark etmeleri sonucu, John Bowlby çocuklukta hasar görmüş erken bağlanmalar ve travmatik ayrılıklar zemininde yetişkinlikteki kayıpların çocuklukta travmatik kayıpları canlandırmasıyla depresyonun oluştuğunu bildirmişlerdir (102).

Maniyi açıklamaya çalışan birçok teori, maniyi depresyona karşı bir savunma olarak tarifler. Örneğin; Melanie Klein maniyi başkalarını idealize etme, agresyon ve yıkıcılığı yadsıma, kayıp sevgi objesini restore etmek amaçlı bir savunma düzeneği

olarak tanımlar (66). Karl Abraham manik epizodu, kişinin gelişimsel dönemdeki travmatik olayı tolere edemediğinin göstergesi olarak yorumlar (102).

2.1.5.9 Bilişsel Kuram

Bilişsel teoriye göre depresyon, depresyona yatkın kişilerde var olan bilişsel çarpıtmalardan (keyfi çıkarsama, özgül soyutlama, aşırı genelleme, büyütme ve küçültme, kişiselleştirme, dikotom düşünce) kaynaklanır. Aaron Beck depresyonda; kişinin kendisi, dünya, gelecekle ilgili olumsuz algı ve beklentilerden oluşan bilişsel üçlüyü tanımlamıştır (102).

2.1.5.10 Davranışçı Kuram

Öğrenilmiş çaresizlik teorisi depresif olguları kontrol edilemeyen olaylarla ilişkilendirir. Dış olumsuz olaylar nedeniyle içsel nedensel açıklamaların, benlik değerinin düşmesine yol açtığı savunulmaktadır. Depresyondaki düzelmelerin hastanın kontrol algısı ve çevreye yönelik tasarrufunun artmasıyla bağlantılı olması bu teoriyi destekler niteliktedir.

2.2 Çocukluk Çağı Travmaları

Anlamlandırma, bağlantı kurma ve denetleme yetilerimizi bozan, olağan savunma mekanizmaları ve baş etme yolları ile üstesinden gelinemeyecek kadar ağır olan, sarsıcı ve yıpratıcı yaşantılar ruhsal travma olarak adlandırılır (9). Travmaya maruz kalmak her yaşta psikiyatrik problemlere neden olabilirken bu risk travma ile baş edebilecek gücün olmadığı çocukluk çağında daha yüksektir.

Çocukluk çağı travmaları, istismar ve ihmal olmak üzere iki başlık altında incelenir. İstismar ve ihmali birbirinden ayıran en önemli özellik; istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir süreç olmasıdır (122). Yani istismar; çocuğa karşı kasıtlı yapılan, fiziksel, cinsel, ruhsal veya sosyal açıdan çocuğa zarar veren aktif bir eylemken, ihmal; çocuğun bakımından sorumlu kişi veya kişiler tarafından çocuğun bakım ve korunmasının yeterince sağlanamaması sonucu fiziksel ve ruhsal sağlık bakımından zarara uğradığı pasif bir durumdur (123).

2.2.1 Çocukluk Çağı İstismarları

İstismar, bir kişinin diğerini kasten, o kişinin aleyhine ve zararına olacak şekilde kullanmasıdır. Bir eylemin istismar olarak tanımlanmasında kültüre ve geleneklere göre farklılıklar olmasına rağmen bazı ortak özellikler vardır. Bunlar; kasıtlı olması, yineleme ihtimalinin yüksek olması, çocuğun fiziksel ve zihinsel sağlığını bozmasının yanı sıra çocuğun psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkilemesidir (124). Çocuk istismarı eylemin türü, nedenleri ve çocuk üzerindeki etkileri yönünden farklılıklar arz eder. Fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar olarak üç ayrı kategoride incelenir.

2.2.1.1 Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; kasten yapılan fiziksel güç kullanımı sonucunda çocuğun sağlığı, gelişimi ve onuru açısından zarar görmesi anlamına gelir (123). Kişinin kendisinden en az beş yaş büyük bir kişi ya da kendisinden iki yaş büyük aile bireyi tarafından, 18 yaşından önce, vücudunda 48 saatten uzun süre kalan fiziksel bir iz bırakacak şekilde şiddet görmesidir (125, 126). Şiddet davranışları; çocuğu hırpalama, tokat atma, yumruk atma, tekmeleme, sarsma, boğma, yakma, dövme, itip kakma, yaralama hatta bağlama ve kapalı bir yere kilitleme şeklinde olabilmektedir (127, 128).

Fiziksel istismar sıklığı, yapılan farklı çalışmalarda %0,45-64 gibi çok geniş bir aralıkta gösterilmiştir (129). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne ilk defa başvuran 150 ardışık kadın hastayla yapılan bir çalışmada fiziksel istismar oranı %15,3 olarak tespit edilmiştir (130). Her yıl ABD'de 1200-1500 çocuğun bakım verenlerin istismarı sonucu öldüğü, bu ölümlerin %52'sine fiziksel şiddetin neden olduğu bildirilmiştir (131).

Ergenlik çağında yaşanan fiziksel istismarlar hemen hemen bebeklik dönemindeki kadar siktir. Çocuklara bebeklik döneminde daha çok anneleri tarafından şiddet uygulanırken ergenlik döneminde daha çok babaları tarafından fiziksel istismar uygulanmaktadır (132). Fiziksel istismar çocukta, yüksek anksiyeteye, düşük dürtü kontrolüne, kendine zarar verici davranışlar sergilemesine,

saldırganlığa, suçluluk duygusuna, gelişim geriliklerine, içe çekilmeye ve depresyona neden olabilir (133, 134).

2.2.1.2 Cinsel İstismar

Cinsel istismar; henüz psikososyal gelişimini tamamlamamış çocuğun, kendisinden en az altı yaş büyük biri tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak amacıyla tehdit etme, güç kullanma veya kandırma yoluyla kullanılmasıdır (126, 135).

Eylemin cinsel istismar olarak nitelendirilmesi için penetrasyon şartı aranmaz. Doğrudan veya giysilerini üzerinden bedene veya cinsel organa dokunmak, dokundurmak, cinsel içerikli konuşma ve önerilerde bulunma, teşhircilik, röntgencilik, başkalarının cinsel aktivitesini seyretmeye maruz bırakmak cinsel istismar kapsamında değerlendirilmektedir (136).

Cinsel istismar gizli bir şekilde meydana gelir ve duygusal olarak yıkımı çok yoğun olduğu için açığa çıkması ertelenmektedir. Bu nedenle çocuk istismarları arasında saptanması en zor olan ve çoğunlukla gizli kalanı cinsel istismardır (137). Cinsel istismar vakalarının ancak %15'inin bildirildiği tahmin edilmektedir (138). Bildirimin az olmasının nedenleri; mağdurun istismarın olası tehditlerinden korkması, istismarcıyı koruma isteği, olay nedeniyle utanç duyması, kendisine inanılmayacağı düşüncesi şeklinde sıralanabilir (138).

Ergenlik, çocukluk çağı cinsel istismarın en sık görüldüğü dönemdir. Ergenlik döneminde kadınların cinsel istismara uğrama oranı erkeklere kıyasla üç kat daha fazladır (136). Ülkemizdeki verilere bakacak olursak; psikiyatri polikliniğine başvuran 125 kadın hastayla yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı cinsel istismar oranı %18,5 olarak bulunmuştur (139). Cinsel istismar travmatik olay sırasında ve sonrasında birçok ruhsal soruna neden olabilir. Cinsel istismara bağlı anksiyete, dissosiyasyon, cinsel işlev bozukluğu, uyku bozuklukları, öfke, madde kötüye kullanımı, düşük özsaygı, intihar eğilimi, obsesyonlar ve somatizasyon bozuklukları ortaya çıkabilir (140).

2.2.1.3 Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocuğun ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyecek düzeyde alay edilme, aşağılanma, küçük düşürücü yorumlarda bulunma veya ağır sözel tehdit alma şeklinde tanımlanmıştır (133). Psikiyatri polikliniğine başvuran 125 hastayla yapılan bir çalışmada, hastaların %36,3'ünün çocukluk çağında duygusal istismara uğradığı tespit edilmiş ve bu oranın diğer istismar türlerinden çok daha fazla olduğu görülmüştür (138).

Duygusal istismar ruhsal gelişimde duraklamalara, kimlikte zedelenmeye ve davranışsal sorunlara neden olabilmektedir. Bu durum çocuklarda pasif kişilik özelliklerine, antisosyal davranışlara, değersizlik duygularına, uyum sorunlarına neden olabilir (141). Çoğu fiziksel istismar olgusuna eşlik eden duygusal istismar, fiziksel belirtiler iyileştikten çok sonra, hatta hayat boyu etkisini sürdürür. Çocuğun bağlanma sürecini ve duygusal gelişimini olumsuz etkiler. Çocuğun ilerleyen süreçte uygun duygusal cevaplar geliştirme kapasitesini bozabilir (142).

2.2.2 Çocukluk Çağı İhmalleri

İhmal, ailenin çocuğun gelişimi sürecinde ihtiyaç duyduğu maddi, manevi bakımı sağlamaması ve çocuğu tehlikelere karşı korumamasıdır. Fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir.

2.2.2.1 Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, çocuğun psikolojik ihtiyaçlarını ve duygusal gereksinimlerini karşılamama, sosyal kuralları öğretmeme ve çocuğun sosyal gelişimini sağlayacak destekleyici ilgiyi göstermeme ile tanımlanır (143). Psikiyatri hastalarıyla yapılan bir çalışmada çocukluk çağında duygusal ihmal yaşamış olma oranı %81,6 olarak bulunmuştur (144).

2.2.2.2 Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal çocuğa gerekli sağlık hizmetini, ihtiyaç duyduğu besin veya giyeceği, tehlikelerden korumak maksadıyla gözetim ve kontrolü sağlamamayı kapsar. Çocuğun yalnız bırakılması, dışlanması, evden kovulması, uygun barınma

ortamının sağlanmaması, yıkanmaması, temiz elbise giydirilmemesi, aşılarının yaptırılmaması, hastalık ve yaralanmalarının tedavi ettirilmemesi fiziksel ihmal kapasamında değerlendirilir (143).

2.2.3 Çocukluk Çağı Travmaları ile Psikopatoloji İlişkisi

Erişkin yaşta psikiyatrik hastalık görülme oranının, çocukluk çağında ihmal veya istismara uğramak ile arttığı bilinmektedir (10). Travmaya ikincil oluşan psikiyatrik hastalıkların tedaviye daha dirençli oldukları ve travma öyküsünün varlığının bazı psikiyatrik hastalıkların prognozunu olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (11). Başta cinsel ve fiziksel istismar olmak üzere çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi riskini artırdığı bildirilmiştir (145).

Çocukluk çağı travmaları BAB'ın şiddeti ve duyarlılığını artırdığı gösterilmiştir (146-149). Çocukluk çağı kötü muamelesinin hipotalamo pitüiter sistem disregülasyonu ve prefrontal-talamik-limbik yollarda olumsuz değişikliklere yol açtığı ortaya konmuştur (150). Çocukluk çağı cinsel istismarının olumsuz bilişsel şemaların geliştirilmesi yoluyla BAB'a yol açabileceği gösterilmiştir. (151, 152).

BAB olan hastaların çocukluk çağı travması yaşamış olma oranının farklı çalışmalarda %45-68 arasında değiştiği görülmektedir (153-155). BAB-I ve BAB-II hastaları arasında çocukluk çağı kötü muamelesini alt tipi ile ilişkili farklılıklar göz önüne alındığında, BAB-I hastalarının BAB-II hastalarına göre çocukluk dönemi cinsel istismarını bildirme ve çocukluk çağı cinsel istismarına maruz kalma olasılığı daha yüksektir (156). Maniglio ve arkadaşları tarafından yapılan bir sistematik derlemede, 10 ülkeden 3407 katılımcının olduğu BAB hastalarında çocuklukta kötü muamelenin ve BAB'lı hastalarda cinsel istismar öyküsünün daha yüksek görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (157).

BAB hastalarında çocukluk çağı travması varlığı erken başlangıç yaşı, daha kötü klinik özellikler (psikotik belirti varlığı), tedaviye daha az yanıt, daha fazla intihar davranışı ve daha fazla eştani ile ilişkili bulunmuştur (154, 158, 159).

2.3 Bağlanma

Anne ve bebek arasındaki ilişki birçok kuramın temel ilgi alanı olmuştur. Bowlby psikanalistlerin insanın kişilik gelişiminin esası olan ilişkileri tanımlamaya çalıştıklarını, ancak bu ilişkinin doğası ve temeliyle ilgili bir fikir birliğine varamadıklarını soyler. John Bowlby tarafından temel yapı taşları oluşturulan bağlanma kuramı, Mahler ve Klein'ın nesne ilişkileri kuramından geliştirilmiş olup aynı zamanda evrim kuramı, etiyoloji, kontrol kuramı ve bilişsel psikolojinin kavramlarından da yararlanmıştır (6). Bowlby kuramını, bebeklik ve erken çocukluk doneminde annelerinden uzun sure ayrı kalan ocuk ve ergenlerin davranış bozukluğu sergilediklerini fark etmesi sonucu geliştirmiştir.

Bağlanma, ocuk ve bakım veren arasındaki ilişkiden temel alan, yakınlık arayışı ile oluşan, tehlikelere karşı korunmayı amaçlayan, özellikle stres durumlarında belirginleşen, tutarlılığı ve devamlılığı olan bir bağ olarak ifade edilebilir (160). Sağlıklı gelişim sırasında bağlanma davranışı; bebeklik, çocukluk ve ergenlik yıllarında bağlanma figürüyle yaşanan deneyimlerce oluşturulur. Bağlanma davranışı, ileriki donemlerden etkilense de temelleri ilk u yaşına kadar atılır (161).

Bowlby'nin bağlanma kuramına gore insan doğuştan bağlanmayı kolaylaştıracak bir davranış örüntüsüne sahiptir. Oluşan bağlanma ile yakınlığın sürdürülmesi, karşısındakinin de yakınlama gereksinimini karşıladığından doğal bir süreçtir. Bu sürede kişi yaşanan deneyimler sonucu kendine ve dış dünyaya anlam verir (162). Deneyimlerini içselleştirerek ve diğer ilişkilere genelleyerek kendisi ve diğerleri hakkında bilişsel şemalar veya Bowlby'in deyiimiyle ‘‘içsel çalışan modelleri’’ oluşturur (163). İçsel alışan modeller, kendilik ve diğerleri (sosyal dünya) hakkındaki kanaatler merkezinde oluşarak, bireyin yakınlık ilişkilerini şekillendirmesini ve sürdürmesini etkiler (164). Kişinin kendine dair oluşturduğu içsel çalışan modelde, kendisini ne derece değerli hissettiği, bağlanma figürünün gözünde ne derece kabul edilebilir ve sevilebilir biri olduğuna yönelik çıkarımları yer alır. Dünyaya dair oluşturulan içsel çalışan model ise; kişinin bağlanma figürünü nerede bulabileceği ve bu figürün ne derece güvenilir ve bağlanılabilir olduğuna yönelik tasarımılarını kapsar (161).

Bowlby'nin "içsel çalışan modeller" kavramını temel alarak, Bartholomev ve Horowitz dört çeşit bağlanma stili tanımlamışlardır. Bunlar; güvenli bağlanma (olumlu benlik-olumlu başkaları modeli), kayıtsız bağlanma (olumlu benlik-olumsuz başkaları modeli), saplantılı bağlanma (olumsuz benlik-olumlu başkaları modeli), korkulu bağlanma (olumsuz benlik-olumsuz başkaları modeli) stilleridir (165).

Güvenli bağlanma stilinde kişi içselleştirilmiş yüksek benlik değerine sahiptir. Bu algısını diğer insanların kabul edici ve cevap vericiliğine dair olumlu beklentileriyle birleştirdiğinden düşük düzeyde kaygı ve kaçınma gösterir. Yakın ilişkilerde samimiyet konusunda kendisini rahat hisseder (166). Kayıtsız bağlanma stilinde kendini değerli hissetme ve kabul edilebilir olduğu duygusuna karşın diğer insanlara yönelik olumsuz beklentiler vardır. Bu bireyler hayal kırıklıklarından korunmak için yakın ilişkilerden kaçınırlar; aynı zamanda savunma olarak yakın ilişkileri değersiz görerek benlik saygılarını sürdürürler (166). Saplantılı bağlanma biçiminde kendini değersiz hissetme ve sevilebilir olmadığı duygusuna başkalarına karşı olumlu değerlendirmeler eşlik eder. Bu bireylerin kendine güvenlerinin az olduğu, diğer insanların onay ve kabulüne ihtiyaç duydukları, bu onayı alabilecekleri konusunda yüksek kaygı duydukları, sadece bu onayı aldıklarında güvende olacaklarına dair inançlara sahip oldukları gözlenmiştir (166). Korkulu bağlanma biçiminde kişi kendini değersiz hissetmeyle birlikte diğer insanları olumsuz, güvenilmez ve reddedici olarak algılar. Bu bireyler bir yandan saplantılı bağlanma stiline sahip kişiler gibi diğer insanların onay ve kabulüne ihtiyaç duyarken, bir yandan da kayıtsız bağlanma stiline sahip bireyler gibi başkalarıyla yakın ilişkiden kaçınarak onlardan bekledikleri reddedilmeye karşı kendilerini korurlar (166, 167).

Bağlanma kuramına önemli katkılarda bulunan diğer bir isim de Mary Ainsworth'tur. Kuramı ilk defa laboratuvar ortamında sınayan Ainsworth, doktora danışmanı Ement William Blatz'ın "güvenlik, olgunlaşmamış bağımlı güvenlik" kavramları hakkındaki fikirlerinden etkilenmiş ve çalışmalarını "güvenlik" konusu üzerinde yoğunlaştırmıştır. 1950'de Uganda'da, 1960'da Baltimore'da anne-bebek doğasını inceleyen, "Yabancı Durum Deneyi" adlı çalışması sonucunda oluşturacağı bağlanma stilleri teorisine zemin hazırlayan iki ayrı çalışma yapmıştır (168). Ainsworth ve arkadaşlarının 1970'de Ugandalı 12-18 aylık bebeklerle yaptıkları

deneysel çalışma bebeklerin bağlanma dönemi hakkında gözlemlenebilir veriler ortaya koyması açısından çok önemlidir. Bu süreç zarfında anne ve bebeğin davranışları gözlemlenmiş, neticede biri güvenli, ikisi güvensiz olmak üzere üç tip bağlanma biçimi tanımlanmıştır. Bunlar; güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçındır (169).

Güvenli bağlanan bebekler anneleriyle birlikteyken etrafı keşfetme davranışında bulunmuşlardır. Anneyle beraberken yabancı biri girdiğinde annelerini yanlarında olduğundan emin olduktan sonra huzursuz olmadıkları, korkmadıkları ve yabancıyla oynadıkları gözlemlenmiştir. Bu bağlanma şeklinde bakım veren bağlanma figürünün; ulaşılabilir, bebeğin sinyallerine duyarlı, bebeğin korunma ve bakım taleplerine sevgi dolu bir şekilde yanıt verici olduğu gözlenmiştir (170). Kaygılı-kararsız bağlanma stili geliştiren bebekler anneyle birlikteyken çok fazla keşif davranışı göstermemişler, anneden ayrıldıklarında ciddi endişe yaşamışlar ve anne döndüğünde ise yatışmakta güçlük çekmişler, hem anneye yakın olmak istemişler hem de anneye karşı yoğun öfke ve reddedici tavırlar sergilemişlerdir (171). Bu bağlanma stilinde, annelerin çocuklarını daha çok yönlendirdikleri ve daha müdahaleci oldukları gözlenmiştir. Kaygılı-kaçınmacı bağlanma örüntüsüne sahip bebekler ise annelerinden ayrı olduklarında daha az huzursuz olmuşlar, huzursuz olsalar bile keşif davranışı göstermişlerdir. Anne odaya girdiğinde anneye yönelmek yerine uzaklaşmışlar, dikkatlerini diğer nesnelere yoğunlaştırmışlardır (172).

Main ve Westan yapmış oldukları çalışmada, bir grup bebeğin (%12,5) Ainsworth ve arkadaşları tarafından sınıflandırılan bağlanma örüntülerinin hiçbirisine tam olarak uymadığını fark etmişlerdir (173). Zihni karışık veya kaçınan/kaygılı ismini verdikleri dördüncü bir kategorinin özellikleri; stresle baş etmede organize bir davranış gösterememesi, yabancı durum testinde hareketlerinde yavaşlama, zamansız hareketlerin olduğu, donakalma, stereotipik davranışlardı (174). Bu grubun duygu ve davranışlarına göre yüz ifadelerini oryante edemedikleri ve bağlanma örüntüsünde bakım verenlerin korkutucu, tehdit edici ve disosiyatif nitelikte davranışlar içinde oldukları gözlenmiştir (175).

Hazan ve Shaver 1987'de Ainsworth'un çocuklar için oluşturduğu sınıflandırmanın yetişkinlere yönelik versiyonu diyebileceğimiz üç kategori modelini

geliştirdiler. Romantik sevginin bir bağlanma süreci olduğu çıkarımıyla romantik ilişkileri Ainsworth'un bağlanma portotipleriyle açıklamış ve sınıflandırmıştır. Bebeklikte oluşturulan içsel çalışan modellerin, yetişkinlik dönemi ilişkilerinde etkili olduğu ve aştaki bağlanma biçimini belirlemede rol oynadığını ortaya koymuşlardır (176).

2.3.1 Bağlanma ve Psikopatoloji İlişkisi

Bağlanma kuramının ilk ortaya çıkmasından itibaren güvensiz bağlanma biçimi psikopatolojilerin belirleyicisi olarak dşnlmşken, güvenli bağlanma sağlıklı ilişkilerin yordayıcısı olarak grlmştr. Güvensiz bağlanma stillerinden kaygılı/kararsız bağlanma depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu dşnlrken, güvensiz bağlanma stillerinden bir diğeri olan kaçıngan bağlanma davranış patolojileri ve diğer dışa vurum bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir (177). Bağlanma biçimleri, travmatik yaşam olayları, çocukluk ağı ihmal ve kötüye kullanımlarından etkilenir ki bunlar aynı zamanda depresyon etiyojisinde rol alan önemli etkenlerdir. Güvenli bağlanma ile depresyon ve suisid düşünce sıklığı arasında ters bir orantı olduğu gösterilmiştir (178).

Güvenli bir bağlanma stili, kendiliğin pozitif içsel çalışma modellerini temsil eder. BAB'lı 34 manik dönemde, 30 depresif dönemde, 43 remisyonda hasta ve 41 kontrol grubunun bağlanma stilleri açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada hastaların büyük bir çoğunluğu (%78) kontrol grubuna kıyasla güvensiz bağlanma stilinde oldukları tespit edilmiştir. Güvensiz bağlanma duygudurum epizodları ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (5). Bağlanma zellikleri ile ilgili yapılan bir başka çalışmada 44 remisyonda BAB tanılı hasta ve onların 35 sağlıklı çocuğu ile yaş, cinsiyet, demografik veriler ve eğitim açısından eşleştirilmiş 84 sağlıklı kişiden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. BAB tanılı grupta daha yüksek oranda güvensiz bağlanma saptanmıştır (179).

2.4 Disosiyasyon

Herhangi bir yaşta, her insan yoğun acı veren, dehşet içeren bir felaketle karşılaştığında, uyuma yönelik ve koruyucu olarak, yani bir tür savunma amacıyla dissosiyasyon olabilir. Savaş, yaşamı tehdit eden doğal afetler, büyük cerrahi girişimler

sırasında “bedenin dışına çıkma yaşantısına” sıklıkla rastlanır. Nemiah’ın disosiyasyon tanımı ise “anı, duyu, duygu, fantezi ya da davranış gibi çeşitli zihinsel işlevlerin tek ya da küme halinde istemli olarak hatırlanamaması ve bilinçten dışlanması” şeklindedir (180).

2.4.1 Disosiyasyon Tarihçesi

Coons tarihteki ruh tutulma olayları ile çoğul kişilik bozukluğunun ortak yönlerine vurgu yaparak bu olayların eski Mısır’a kadar dayandığını belirtmiştir. Kutsal kitaplardan olan İncil’in Markos 5: 1.-3. Ayetleri kendisine zarar veren, içine ruhların girdiği bir kişiden bahseder (12). Bir Fransız cerrah olan Eugène Azam’ın 1850’ lerdeki “Felida X” adlı raporu tarihi öneme sahiptir. Bu rapor Felida isimli, dissosiyatif kimlik bozukluğunun klinik belirtileri sebebiyle doktora başvuran bir hasta hakkında Azam’ın notlarını içermektedir. 1880’lerde Pierre Janet Charcot’nun hipnotik yöntemlerini kullanarak, o dönemde histerik olarak tanımlanan belirtilerin psikolojisinin anlaşılmasında önemli olan “zihinsel disosiyasyon” kavramını geliştirmiştir (181).

2.4.2 Psikodinamik Bakış

Janet disosiyasyonu açıklarken psikolojik eksiklik modeli, egonun zayıflığı üstünde durmuştur. Zihinsel işlevlerin (duyumlar, anılar...) bilinçte birleşik ve stabil bir yapıda ve bilincin kontrolünde kalabilmesi için gerekli olan zihinsel enerjide, kendiliğinden veya travma sonucunda azalma olduğunu öne sürmüştür. Janet, psikolojik yapı tarafından asimile edilemeyen travma anılarından bahsetmiş ve bunlara “sabit fikirler” adını vermiştir. Bu anılar, zihinde çekirdek oluşturmakta ve ileride dissosiyatif belirtilere yol açmaktadır. Freud ise başlangıçta travmanın önemini vurgulamış, ancak eksiklik modeli yerine egonun kendisini acı veren anılardan ve duygulardan koruduğunu ileri sürmüştür. Çatışma modeli olarak bilinen bu modelde, ego bunu bastırma (represyon) savunma mekanizmasını kullanarak yapar. Bu süreç fenomenolojik olarak disosiyasyon ile ortaya konur (182).

Her ne kadar başlangıçta disosiyasyonun histerik belirtilerdeki rolü ön plandaysa da, modern görüşte bu önem gittikçe azalmıştır. Histerinin somatik ve zihinsel bileşenleri ayrı ayrı ele alınmaya başlanmış ve sınıflamalarda dissosiyatif

bozukluklar, konversiyon, somatizasyon kavramları birbirinden net bir şekilde ayrılmaya başlamıştır. Ancak dissosiyasyonun tarihsel ve klinik kökeni sebebiyle bütün bu hastalıkların altında yatan bir süreç olabileceği akılda tutulması gereklidir (182, 183).

Çoğu dissosiyasyon olgusunda, birbirinden ayrı benlik şemaları veya benlik temsilleri ayrı zihin kompartmanlarında tutulmalıdırlar. Çünkü biri diğeriyle çatışma halindedir. Genel olarak kontrolü elinde tutuyormuş gibi duran her zamanki benlikle çatışma halinde olduğundan travmatize olmuş benlik dissosiyasyon olmalıdır (183).

2.4.3 Epidemiyoloji

Ross dissosiyatif patolojinin genel toplumdaki yaygınlığını %5-10 olarak saptamıştır (184). Amnezi sebebiyle hastaneye başvuran hastaların %20'sinde amnezi dissosiyatif kökenlidir. Depersonalizasyon; depresyon ve anksiyeteden sonra üçüncü en sık görülen belirtidir. Geçici depersonalizasyon sendromu yatan hastaların %40'ında, hayatı tehdit edici tehlike ile karşılaşan insanların %30'unda görülmüştür (185). Ülkemizde yapılandırılmış tanı koydurucu bir görüşme çizelgesi ile genel toplumda yürütülen bir çalışmada DSM-IV ölçütleri uyarınca dissosiyatif bozukluklara kadınlarda %18,5 oranında rastlandığı sonucuna varılmıştır. Aynı populasyonda Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu sıklığı %1,1 ve Başka Türlü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk sıklığı % 8,1 olarak bulunmuştur (186).

2.4.4 Semptomatoloji ve Sınıflandırma

Disosiyatif semptomlar birçok psikolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkar. Hemen hemen tüm araştırmacılar tarafından kabul gören en önemli çevresel faktör travma, özellikle çocukluk çağı travmalarıdır. Çocukluk çağı istismarlarında yaş ne kadar erken ise disosiyatif belirtiler de o kadar şiddetli olmaktadır (187).

DSM disosiyasyonu bilinç, bellek, kimlik, duygu, beden algısı, motor kontrol ve davranış alanlarının bütünlüğünde bölünme ve sürekliliğinde bozulma olarak tarifler. Çözülme belirtileri olumlu ve olumsuz olmak üzere iki kategoride sınıflandırılmıştır. Olumlu çözülme belirtileri: farkındalıkta ve davranışa yönelik istemsiz intrüzyonlarla

birlikte öznel yaşantının devamlılığında bozulma olmasıdır. (kimlik bölünmesi, derealizasyon, depersonalizasyon gibi). Olumsuz çözüme belirtileri: ulaşılabilir olan bilgilere ulaşamama veya denetimimiz altında olan zihinsel işlevleri kontrol edememe şeklinde tariflenmiştir (amnezi).

Disosiyatif bozukluklar; kimlik çözülmesi bozukluğu, unutkanlık çözülmesi, kendine yabancılaşma/gerçek dışılık çözülmesi, tanımlanmış diğer bir çözülme bozukluğu ve tanımlanmamış çözülme bozukluğu olmak üzere beş başlık altında incelenir (13).

A. Depersonalizasyon/ derealizasyon bozuklukları: Gerçek dışı deneyimler ile birlikte kişinin zihninden, benliğinden ya da bedeninden ayrılması hissine depersonalizasyon (kendine yabancılaşma) denir. Gerçek dışı deneyimlerle birlikte kişinin çevresinden ayrılması hissine derealizasyon (gerçek dışılık) adı verilir. İki durum ayrı ayrı yaşantılanacağı gibi beraber de yaşanabilir. Derealizasyon/depersonalizasyon bedenin bazı parçalarının ayrılması, kendi vücuduna dışarıdan bakma, robot gibi olma, dünyaya sis perdesi arkasından bakma, dış dünyadaki seslerin kısılması veya abartılı olarak duyma gibi çok farklı şekillerde deneyimlenebilir. Sıklığı yaklaşık %2 civarındadır (186).

B. Unutkanlık çözülmesi (disosiyatif amnezi): Otobiyografik bilgilerin hatırlanmasındaki azalma ile karakterize bir durumdur. Bu amnezi lokal, seçici ya da genel olabilir. Lokal ve seçici amneziler sarsıcı bir olayı izleyen birkaç saat boyunca olanları hatırlayamama şeklinde daha sık görülmektedir. Yaşam boyu sıklığı yaklaşık %7 civarındadır (186). Disosiyatif füğ (kaçış çözülmesi) amnezi içinde değerlendirilmektedir. Dakikalar, saatler veya günler sürebilen bir zaman diliminde kişi eski kimliğini tamamen unutarak yeni bir kimlik edinip karmaşık işler yapabilir. Süreç sonunda eski kimliğine dönen kişi genelde bu süreçte yaşamış olduklarına tamamen amneziktir. Toplumda sıklığı yaklaşık %0,2 civarındadır (186).

C. Disosiyatif kimlik bozukluğu (kimlik çözülmesi bozukluğu): İki ya da daha fazla belirgin kimlik hali ve tekrar eden unutkanlık periyotları görülür. Bazı kültürlerde cin çarpması olarak tanımlanır. Çocuk sesi, ağlama sesi, ruhani bir

varlığın sesi duyulduğu söylemine sık rastlanır. Kişiden beklenmeyen tavır ve tercihler, kişinin kendine ait olmadığını hissettiği davranışlar olabilir. Zaman zaman fonksiyonel nörolojik belirtiler gözlemlenebilir. Toplumdaki sıklığı %1,1 oranında saptanmıştır (188).

D. Tanımlanmış diğer bir çözülme bozukluğu: Yedi örnek içermektedir. [1] Kimlik çözülmesi bozukluğuna benzer fakat tanı kriterlerini tam karşılamayan süreğen ve tekrarlayıcı karışık çözülme belirtileri, [2] yoğun düşünce baskısına ikincil olarak ortaya çıkan çözülme durumu (beyin yıkama), [3-4] biri bir aydan kısa süreli, diğeri karışık çözülme belirtilerine ve psikotik belirtilere sahip iki akut tablo, [5-6-7] tek belirtiyeye sahip üç disosiyatif tablo; disosiyatif trans, disosiyatif stupor ya da koma ve ganser sendromu (13).

E. Tanımlanmamış çözülme bozukluğu: İşlevselliği etkileyecek boyutta olup, herhangi bir tanı için kriterleri tam olarak karşılamayan disosiyatif durumlarda kullanılır.

2.4.5 Disosiyasyon ve Psikopatoloji İlişkisi

BAB olan hastalarda disosiyatif belirtilerin bulunması durumunda planlama, karar verme, sorun çözme, önemli bilgileri hatırlama, duyguları ve duygular arasındaki bağlantıları anlama, günlük hayattaki olayların-durumların içeriğini kavrama ve süreçleri yönetme gibi işlevsel iyileşmeye aracılık eden ögelerde bozulma görülmektedir (17). Mula ve arkadaşları yapmış olduğu 43 BAB-I ve 48 BAB-II toplam 91 olgunun yer aldığı çalışmada BAB'ın erken döneminde daha fazla depersonalizasyon olduğu tanımlanmıştır. Duygudurum ve anksiyete bozukluğu olan 258 hastadan oluşan bir veri havuzunu kullanan Mula ve arkadaşları BAB'lı hastaların majör depresif bozukluğu olan hastalara göre daha fazla depersonalizasyon yaşadığını bildirmişlerdir. Bipolar bozukluk tanılı 200 hastada, BAB ile disosiyasyon arasındaki ilişki incelendiğinde, genel dissosiyatif semptomatoloji erken başlangıç yaşının öngörücüsüyken, amnezi ve depersonalizasyon/derealizasyon semptomları hastalık süresi ile ilişkili bulunmuştur. Hastaların beşte biri dissosiyatif bozukluklara sahiptir. Dissosiyatif bozukluğu olan hastaların dissosiyatif bozukluğu olmayan

hastalara göre, erken travmatik istismar ve ihmal deneyimlerini bildirme oranı yüksektir (189, 190).

2.5 Aleksitimi

2.5.1 Kavram ve Tarihçesi

Aleksitimi; Yunanca “a”:yok, “lexis”: söz, “tymos”: duygu anlamına gelip Türkçe’ye “duygular için söz yokluğu” olarak çevrilebilir. Terimi ilk kullanan Sifneos’a göre aleksitimi bir duygulanım bozukluğudur. İlk kez 1972’de Sifneos tarafından kullanılmadan önce de aleksitimi kavramı farklı şekillerde ifade edilmiş fakat genelde psikosomatik hastalıklarla ilişkilendirilmiştir (91).

2.5.2 Epidemiyoloji

Toplumda aleksitimi sıklığını ölçen çalışmalar birbirinden farklı sonuçlar ortaya koymuşlardır. Aleksitimi sağlıklı popülasyonda %6,7-18,8 arasında değişen değerlerde görülmektedir (192). Bu değişkenliğin nedeni, bazı araştırmacılar tarafından savunulan aleksitiminin sosyal bir fenomen olduğu ve kültürler arası farklılıklar gösterdiği düşüncesi olabilir.

2.5.3 Etiyoloji

Aleksitiminin etiyojisine ilişkin iki nörofizyolojik açıklama vardır. Bunlardan ilki Hoppe tarafından ortaya atılan işlevsel komissürotomi hipotezidir. Aleksitimik hastalarda organik bir komissürotomi olmamasına karşın, bu hastalarda sağ beyin ile sol beyin arasında iletişimsizlik vardır. Böylece sağ hemisfer işlevi olan duygu ile sol hemisfer işlevi olan sözel anlatım birbirinden ayrılır ve aleksitimik bireyler duygularını sözel olarak anlatamazlar (193). İkinci açıklama ise Nemiah tarafından geliştirilmiştir. Buna göre aleksitimi striatum işlevlerindeki bir bozukluğa bağlıdır. Paleostrial dopaminerjik yolda bir işlev bozukluğu mevcuttur. Limbik korteksten (amigdala, hipokampus ve singulat korteks) kalkan duyular, ventral striatumda aşırı süzölmeye uğradıkları için neokortekse ulaşamazlar ve bilinçli duygusal yaşantılar niteliğine bürünemezler (194).

2.5.4 Psikodinamik ve Kuramsal Bakış

Freud'a göre bir uyarının sözel olarak ifade edilebilmesi için bilinç dışından çıkıp bilinç düzeyine ulaşması gerekir. Bilinç dışında olup sözel olarak ifade edilemeyen duygular çatışma, gerilim ve beden diliyle anlatım bulur. Bu örüntü aleksitimiklerin durumuna benzetilmektedir (195).

Wolff'a göre özellikle ebeveyn tarafından çocuğa duygusal anlamda yapılan baskı ve karmaşalar, çocuğun duygularını yaşayamamasına, tanıyamamasına, ifade edememesine neden olmaktadır (196).

Kişinin iletişim biçimini, aile içinde ve sosyal çevrede öğrendiklerinin duygusal karşılıklarını oluşturur. Duyguların sözel ifadesi batı toplumlarında sağlıklılık ve olgunluk göstergesiyken, özellikle bir kısım doğu toplumlarında hoş karşılanmadığı bilinmektedir. Bu durum bazı toplumlarda aleksitimi oranının daha fazla olmasını açıklamaktadır. Yapılan bir çalışmada düşük sosyoekonomik düzeye sahip, gelişmemiş toplumlarda aleksitimi düzeyi daha yüksek saptanmıştır (197).

Bireyin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamdaki öğrenme sonucu aleksitimik özellikler oluşur. Örneğin; cinsiyet rollerindeki sosyal öğrenme farkları sonucu erkekler kızlara göre bazı alanlarda daha az empatik ve bununla ilişkili olarak da daha fazla aleksitimik özellikler geliştirmektedirler (195).

Bilişsel kurama göre doğumdan itibaren deneyim ve öğrenme yoluyla elde edilen temel düşünce ve inanç sistemleri "şema" adı verilen genellemeleri oluşturur. Bu bilişsel yapı algıları biçimlendirmede ve yorumlamada kullanılır. Duyguları bilişsel öğelerle açıklayan bilişsel yaklaşım, duyguların oluşumunda duygularla ilişkili dışsal ve içsel uyarıcıları yorumlama, anlamlandırma, beklenti oluşturma gibi bilişsel unsurların birincil görev üstlendiğini savunur. Bu bağlamda kuram, aleksitiminin gelişim döneminde oluşturulan bozuk ve fonksiyonel olmayan bilişsel süreçlerden kaynaklandığını söyler (198).

2.5.5 Klinik Belirtiler

Sifneos aleksitimikleri, toplumda yabancı, hatta başka bir dünyadan gelmiş izlenimi veren, günlük yaşamda düşünebilir, anlatabilir ve ilişki kurabilirken kendi

duyguları ile düşünceleri arasında bağ kurup ayırt etmekte ve bunları ifade etmekte sorun yaşayan bireyler olarak tanımlamıştır. Aleksitimik bireylerin insanlar tarafından donuk, katı, duygusuz, sıkıcı olarak algılandığı görülmüştür. Taylor aleksitimik kişilik özelliklerini dört başlık altında toplamıştır (199). Bunlar;

- 1- Duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökmede güçlük
- 2- Düşlem azlığı ve hayal kurmada kısıtlılık
- 3- İşlemsel düşünme eğilimi
- 4- Dış merkezli, uyum sağlamaya yönelik bilişsel yapı

Aleksitimik bireylerden yaşadıkları olumsuz bir olay karşısındaki duyguları anlatması istendiğinde, olay ve düşünceleri hakkında kapsamlı ve detaylı bilgi verirken pek az duygularından bahsettikleri görülür. Duygu ve düşüncelerinden bahsetme zamanının ayrımını yapamadıkları gözlenmiştir (200).

Duygusal derinliğin az olduğu aleksitimik bireyler düşlem yeteneği konusunda da kısıtlı kabiliyete sahiptir, yani hayal güçleri zayıftır. Çok nadir olarak hayal kurarlar ve bunuda zaman kaybı olarak algırlar. Kurulan bu hayaller de gerçeklik sınırları içinde olup, tutku ve özlemleri silik bir biçimde yansıtır. Duyguların ifadeye yer bulduğu hayallerden kaçınırlar. Hatta bu bireylerin yetişkin yaşamında hiç hayal kuramadıkları iddia edilmektedir (199). Aleksitimik patern bireyin rüyalarına da yansır. Görülen rüyaların temaları daha çok günlük olaylarla ilişkili ve somut niteliktedir. Rüyalar çok nadir hatırlanır.

Aleksitimik özellikteki bireyler duygusal yaşantılarındaki yetersizliğe rağmen çevreleriyle uyum içinde yaşayabilmektedirler. İç dünyalarına ait karmaşalardan uzak, mekanik ve pragmatik bir düşünce yapısına sahip olduklarından sorunlar karşısında somut ve kestirme çözümler bulabilirler (199).

Aleksitimik bireylerde bu dört özelliğin dışında ikinci derecede önemli farklı özellikler de tanımlanmıştır:

1-Aleksitimik bireyler katı ve duygusuz olarak algılanırlar. Duygularını yüzlerinden anlamak zordur.

2-Nadiren ağlarlar. Fakat bazı öfke, üzüntü veya keder anlarında aşırı düzeyde ağlama görülebilir.

3-Bağımlı olma eğilimleri vardır. Tutum ve davranışlarında dışa bağımlı olduklarından çevresel ayrıntıları önemserler.

4-Düşünmeden hareket etme eğiliminde olup hassas değillerdir.

5-Zekalarını daha çok duygularından kaçmak için kullanırlar.

6-Kendilerini sıradan, zayıf ve aciz gösterme çabaları vardır. Bununla beraber gergin, katı kurallı, aynı konu üzerinde tekrarlayıcı konuşma gibi özelliklere sahiptirler (201).

2.5.6 Aleksitimi ve Psikopatoloji İlişkisi

Psikiyatrik bozukluklarda aleksitiminin oldukça sık görüldüğünü bildirmektedir. Aleksitimi kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, depresyon, cinsel işlev bozuklukları, sosyal fobi ve panik bozukluğu gibi anksiyete bozuklukları ve çocukluk çağı travmaları ile de ilişkili bulunmuştur. Aleksitimik özellikler psikiyatri poliklinik hastalarında yapılan iki ayrı çalışmada % 7,6-39,8 oranlarında saptanmıştır (202).

Literatürde BAB aleksitimi düzeyini inceleyen az sayıda çalışma vardır. BAB depresif epizoddaki olgularla yapılan bir çalışmada aleksitimi düzeyi kontrol gurubundan yüksek, unipolar depresyon olgularıyla benzer bulunmuştur (203). BAB hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada bipolar bozukluğu olan hastaların aleksitimi puanları kontrol gurubundan anlamlı ölçüde yüksek çıktığı tespit edilmiştir (204).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Çalışma Örneklemi

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Haziran 2018-Kasım 2018 tarihleri arasında Psikiyatri Polikliniği'ne ardışık olarak başvuran, DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre "Bipolar Affektif Bozukluk" tanısı konulan ve son 2 aydır ötimik dönemde olan 100 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 100 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiştir.

3.1.1 Hastaların Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 18-65 yaşları arası olmak
2. DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre bipolar affektif bozukluk tanısı almış olmak
3. Yapılan klinik değerlendirme ve uygulanan ölçeklere göre son 2 aydır remisyonda olmak
4. Okur-yazar olmak
5. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek
6. Ciddi fiziksel ya da nörolojik hastalığın olmaması
7. Ek psikiyatrik hastalık ve mental retardasyonun olmaması

3.1.2 Gönüllülerin Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 18-65 yaş arasında olmak
2. Okur-yazar olmak
3. Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda gönüllü olmak
4. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek
5. Ciddi fiziksel ya da nörolojik hastalığın olmaması

6. Psikiyatrik hastalık ve mental retardasyonun olmaması

3.1.3 Hasta ve Gönüllüler İçin Dışlama Kriterleri

1. Organik duygudurum bozukluğu
2. Ek nörolojik hastalık varlığı
3. Ağır fiziksel hastalık varlığı
4. Mental retardasyon
5. 18 yaşından küçük 65 yaşından büyük olmak
6. Ek psikiyatrik tanısı olmak

3.2 Gereçler

1. Sosyodemografik veri formu
2. DSM-IV Eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-I)
3. Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği (HDDÖ)
4. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği (HADÖ)
5. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)
6. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ-28)
7. Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ)
8. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)
9. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II)

3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmaya katılan katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve hasta grubunda hastalığa yönelik klinik özellikleri değerlendirmek için kullanılan form olup görüşmeci tarafından uygulanmıştır.

3.2.2 DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)

1987 yılında First, Spitzer, Gibbon ve Williams tarafından geliştirilen bu ölçek DSM-IV'e göre, I. Eksen psikiyatrik bozukluk tanılarının araştırılmasında, görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik değerlendirme formudur. Toplam yedi tanı grubunu belirlemek üzere geliştirilmiş sorular ve bölümlerden oluşmaktadır. Bu tanı grupları; duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, madde kötüye kullanımı, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozukluklarıdır. Klinik görüşmede öncelikle demografik veriler ve kimlik bilgileri alınır ve ardından tanı gruplarını belirlemeye yönelik oluşturulmuş sorular hastaya tek tek yöneltilir. Türkiye'de DSM-IV SCID-I'in Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (205).

3.2.3 Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ)

Depresyon şiddetini belirlemek için kullanılan ölçek, 0-4 ya da 0-2 arasında puanlanan 17 maddeden oluşur (206). Bu maddelerden beşi somatik belirtiler (anksiyete, gastrointestinal, genel, genital, kilo) ve üçü uyku aşaması (erken, orta ve geç) üzerinedir. Çalışma kapasitesi ve ilgi kaybı (anhedoni) bir maddede birleştirilmiştir. Diğer maddeler depresif duygudurum, suçluluk duygusu, özkiyım düşünceleri, ajitasyon ve ruhsal anksiyeteyi içerir. Türkçe formunun test-tekrar test korelasyonu 0.85'dir. İç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,75 ve Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı 0,76'dır. Değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayıları 0,87 ile 0,98 değerleri arasındadır (207).

3.2.4 Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ)

Hamilton tarafından 1959 yılında, anksiyete nevrozlarının şiddetinin tayin edilmesi amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir ölçektir (208). Anksiyetenin bedensel ve psişik belirtilerinin değerlendirildiği 14 maddeden oluşur. Değerlendirme belirti şiddetine göre 0-4 puan arasında alınmaktadır. 0-5 arası normal, 6-14 arası hafif, 15 ve üzeri şiddetli anksiyete olarak kabul edilir. Yazıcı ve arkadaşları Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını yapmıştır (209).

3.2.5 Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Young ve arkadaşları ise mani derecelendirme ölçeğini (Young Mani Derecelendirme Ölçeği-YMDÖ) 1978 yılında geliştirmişlerdir. Manik durumun şiddetini ölçmeye yönelik en yaygın olarak kullanılan ölçek YMDÖ'dür. Bu ölçek her biri beş şiddet derecesi içeren 11 maddeden oluşur. İletişime girilmesi güç olan hastaların daha iyi ayırt edilebilmesi için 5. 6. 8. ve 9. maddelere iki kat ağırlık verilmiştir. Ülkemizde YMDÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (210).

3.2.6 Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ-28):

Çocukluk ve ergenlikteki örselenme ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak taramaya yönelik Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir (211). Ölçeğin 28 ve 53 soruluk iki versiyonu bulunmaktadır. Bu çalışmada 28 soruluk form kullanılmıştır. ÇÇTÖ-28, 28 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. 5 alt boyut: Fiziksel istismar, Fiziksel İhmal, Duygusal istismar, Duygusal ihmal ve Cinsel istismar şeklindedir. Ayrıca 3 minimizasyon-inkar sorusu bulunmaktadır. Ölçme aracının Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği Şar ve Öztürk tarafından yapılmıştır (212).

3.2.7 Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ):

Bu ölçek 1986 yılında Bernstein ve Putnam tarafından geliştirilmiştir. Carlson ve arkadaşları tarafından 1993'te güncellenmiştir. 1999 yılında Şar ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilmiş olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Çoklu çalışmalarda DYÖ'nün yüksek iç sınıma-tekrar sınıma güvenilirliği katsayılarına sahip olduğu görülmüştür. Ölçek 28 maddeden oluşmaktadır ve her bir maddesi için denekler 0-100 arasında puanlama yapmakta, alınan toplam puanların ortalaması hesaplanarak sonuç elde edilmektedir. DYÖ toplam puanıyla disosiyasyon seviyesi belirlenirken üç alt ölçeği sayesinde absorpsiyon (soğurma), amnezi ve depersonalizasyon/derealizasyon puanları da ayrı ayrı hesaplanabilmektedir. Ancak DYÖ tanı koydurucu bir araç olmayıp daha çok tarama ya da disosiyatif yaşantıları derecelendirme amacıyla kullanılmaktadır. Ölçekten yüksek puan elde edilmesi bir disosiyatif bozukluğu düşündürür fakat kanıtlamaz. Birçok çalışmada

disosiyasyonun patolojik seviyelerinin tanımlanmasında duyarlılığın ve özgünlüğün en yüksek olduğu kesim noktası 30 ya da daha yüksek bir DYÖ skoruna karşılık gelmektedir (213).

3.2.8 Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20):

1985 yılında Taylor ve arkadaşları tarafından 26 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeği olarak geliştirilmiştir (214). Toronto Aleksitimi Ölçeği sonradan, tekrar yapılandırılmış ve yirmi soruya indirilmiştir (215). 20 soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin üç alt boyutlu vardır. Bunlar; duygularını tanımada güçlük, duygularını ifade etmede güçlük, dışa dönük düşünme.

5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin kesme puanı 61 olarak hesaplanmıştır, 61 ve üzerinde puan alan kişiler aleksitimik olarak kabul edilmektedir. Ölçek birçok kez uyarlama çalışmalarından geçmiş ancak ilk olarak dilimize uyarlama çalışması 1990 yılında Dereboy tarafından yapılmıştır (200).

3.2.9 Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-2 (YİYE-II):

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ilk kez 1998 yılında Brennan ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (217). Bağlanmaya ilişkin kaygı ve bağlanmaya ilişkin kaçınma olmak üzere iki boyutlu bir ölçektir. 2000 yılında tepki kuramı temelinde değiştirilerek Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-2 oluşturulmuştur. YİYE-II, her boyutun 1'den 7'ye kadar derecelendirilmiş Likert tipi 18 maddede incelendiği kaçınan bağlanma ve kaygılı bağlanma olmak üzere iki boyuttan oluşur. Her bir alt boyuttan alınan puan 18 ila 126 arasında değişmekte ve ölçekten alınan puan arttıkça kaçınmacı bağlanma ya da bağlanma kaygısının arttığı söylenmektedir.

YİYE-II boyutsal bir ölçek olup sadece bireyin bir gruba atanarak değil, her iki boyuttan aldığı puan doğrultusunda değerlendirmesini sağlamaktadır. Bu doğrultuda regresyon ve korelasyon analizleri için imkan sağlamaktadır. Bu iki boyutun değerlendirilmesi neticesinde de katılımcılar kategorize edilebilmektedir. Her iki ölçekten düşük puan alanlar güvenli, her iki ölçekten yüksek puan alanlar korkulu, sadece kaygılı bağlanma boyutundan yüksek puan alanlar saplantılı, sadece kaçınan bağlanma boyutundan yüksek puan alanlar kayıtsız olarak sınıflandırılırlar.

Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında Selçuk ve Günaydın tarafından yapılmıştır (218).

3.3 Uygulama

Araştırma için İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan bilimsel araştırma ve etik kurulundan onay alındı. Araştırmaya katılan tüm katılımcılar bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu doldurarak çalışmaya dahil edilmiştir.

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği’ne ardışık olarak başvuran, Bipolar Affektif Bozukluk tanısı konulan ve son 2 aydır ötimik dönemdeki gönüllü hastalar çalışmaya alındı. BAB tanısı ile değerlendirmeye alınan hastaların ek psikiyatrik hastalığının olmaması ve bipolar bozukluk tanısının netleştirilmesi amacıyla SCID-I uygulandı. Hastaların remisyonda ve ötimik olduğunu belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından HDDÖ ve YMDÖ uygulandı; HDDÖ puanı 7’nin altı ve YMDÖ puanı 8’in altı olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Anksiyete düzeyini belirlemek amacıyla HADÖ yine araştırmacı tarafından hastalara ve kontrol grubuna uygulandı. Hastalar için sosyodemografik ve klinik özelliklerini (hastalığın başlangıç yaşını, hastane yatış öyküsünü, geçirdiği atak sayısını, hastalığın klinik gidişini, tedavisini ve aile öyküsünü) sorgulayan sosyodemografik veri formu araştırmacı tarafından kaydedildi. Sonrasında hastalar tarafından DYÖ, ÇÇTÖ-28, TAÖ-20 ve YİYE-II öz bildirim ölçekleri dolduruldu.

Yaş ve cinsiyet yönünden BAB hastaları ile benzer sağlıklı gönüllüler seçildi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği’nde muayeneleri yapılarak DSM-IV’e göre herhangi bir psikiyatrik hastalık tanı kriterlerini karşılayıp karşılamadıklarını değerlendirmek için kişilere SCID-I uygulandı. Ayrıca çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlamış oldukları kontrol edildi. Kontrol grubuna da çalışmayı yapan hekim tarafından çalışmanın konusu, amacı ve içeriği hakkında bilgi verildi ve bilgilendirilmiş onam formları alındı. Hamilton anksiyete ölçeği, Hamilton Depresyon ölçeği ve sosyodemografik

veri formu araştırmacı tarafından dolduruldu. DYÖ, ÇÇTÖ-28, TAÖ-20 ve YİYE-II özbildirim ölçekleri doldurtuldu.

3.4 İstatiksel değerlendirme

Veriler ‘‘SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0’’ istatistik paket programı ile değerlendirildi. İlk olarak tüm değişkenlerin ayrı ayrı hasta ve kontrol grubunda normal dağılıma uygunluk gösterip göstermediği belirlendi. Tanımlayıcı istatistikler Anova ve Ki-kare analizi ile hesaplandı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, sayısal değişken ortalamalarının birbirleriyle karşılaştırılmasında normal dağılıma uygun değişkenler için bağımsız gruplar t-testi, normal dağılıma uymayan değişkenler için ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Sayısal değişkenler arası bağıntısal ilişkiler Spierman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Gruplar arası yordayıcılığı değerlendirmek amacıyla logistik regresyon analizi kullanıldı. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1 BAB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Haziran 2018-Kasım 2018 tarifleri arasında psikiyatri polikliniğine ardışık olarak başvuran, DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre “Bipolar Affektif Bozukluk” tanısı konulan ve son 2 aydır ötimik dönemde olan 100 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 100 sağlıklı gönüllü çalışmaya dahil edildi. Örneklemin sosyodemografik özellikleri Tablo-1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Grupların Sosyodemografik Özellikleri

	BAB n=100		Kontrol n=100		p ^a
	Ort	Ss	Ort	Ss	
Yaş	43,06	9,98	42,38	10,03	0,631
	S	%	S	%	p ^b
Cinsiyet					
Kadın	51	51	52	52	0,887
Erkek	49	49	48	48	
Medeni Durum					0,003**
Hiç evlenmemiş	18	18	29	29	
Evli	62	62	67	67	
Boşanmış	18	18	4	4	
Dul	2	2	0	0	
Eğitim Durumu					0,013*
İlköğretim	17	17	5	5	
Ortaöğretim	13	13	7	7	
Lise	36	36	50	50	
Üniversite	34	34	38	38	
Çalışma Durumu					0,000**
Çalışmıyor	43	43	21	21	
Çalışıyor	39	39	70	70	
Emekli	16	16	9	9	
Öğrenci	2	2	0	0	
Aile Öyküsü					0,000**
Yok	65	65	91	91	
Var	35	35	9	9	
Alkol Kullanımı					0,009**
Yok	82	82	94	94	
Var	18	18	6	6	
Madde kullanımı					0,155
Yok	98	98	100	100	
Var	2	2	0	0	

^aStudent t testi, ^bKi kare testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Çalışmamıza katılan BAB tanılı hastaların yaş ortalaması $43,06 \pm 9,98$ kontrol grubunun yaş ortalaması $42,38 \pm 10,03$ olarak bulunmuştur. Gruplar yaş açısından eşleştirildiğinden, gruplar arasında yaş ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,631$). Araştırmanın hasta grubunu oluşturan bireylerin 51'i kadın (%51) ,49'u erkek (%49) iken; kontrol grubunun 52'si kadın (%52), 48'i erkek (%48) olarak bulunmuştur. Gruplar cinsiyet açısından eşleştirilmiş olduğundan aralarında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.887$).

Çalışmamızda yer alan hasta grubunun medeni durumları incelendiğinde %18'i bekar, %62'si evli, %18'i boşanmış ve %2'si dul'dur. Kontrol grubunun %29'u hiç evlenmemiş, %67'si evli ve %4'ü boşanmıştır. Gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,003$). Hasta grubunun eğitim durumlarına bakıldığında %17'si ilkokul, %13'ü ortaokul, %36'sı lise ve %34'ü üniversite mezunudur. Kontrol grubunun eğitim düzeyleri ise %5'i ilkokul %7'si ortaokul, %50'si lise, %38'i üniversite mezunu şeklinde dağılmıştır. İki grup eğitim düzeyleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,013$). Hasta grubunun çalışma durumu incelendiğinde %43'ü çalışmıyor, %39'u çalışıyor, %16'sı emekli ve %2'si öğrencidir. Kontrol grubunun %21'i çalışmıyor, %70'i çalışıyor ve %9'u emeklidir. Araştırmanın hasta ve kontrol grupları çalışma durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,000$).

Çalışmamıza katılan bireylerde hasta grubunun %35'inde kontrol grubunun %9'unda 1.derece akrabasında psikopatoloji öyküsü saptanmıştır. Hasta grubunun birinci derece akrabalarında psikopatoloji görülme oranı kontrol gurubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,00$). Gruplar arası alkol kullanımı açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktayken ($p=0.009$), madde kullanımı açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.155$).

4.2 BAB Grubunun Klinik Özellikleri

Çalışmamıza katılan BAB tanısı bulunan grubun klinik özellikleri Tablo-2'de özetlenmiştir.

Tablo 2: Hasta Grubunun Klinik Özellikleri

	Ort	Ss
Hastalık başlangıç yaşı	29,29	9,04
Hastalık süresi	13,92	7,89
Atak sayısı	6,54	3,29
Yatış sayısı	2,65	2,35
	S	%
Bipolar Bozukluk Tipi		
Tip 1	92	92
Tip 2	8	8
İlk Atak Tipi		
Depresif atak	42	42
Manik atak	58	58
Yatış Durumu		
Yok	29	29
Var	71	71
Psikotik Belirtili Atak		
Yok	36	36
Var	64	64
Suisid Girişimi		
Yok	72	72
Var	28	28
Mevcut Tedavi		
DDD	27	27
DDD+AP	55	55
Diğer*	18	18

*İlaç almayan, yalnız antipsikotik alan, duygudurum dengeleyici ile antidepresan alan ve duygudurum dengeleyici, antidepresan ile antipsikotik alan hastalar diğer grubunda değerlendirilmiştir. DDD: Duygudurum Dengeleyeci AP: Antipsikotik

BAB tanılı grubun ortalama hastalık başlangıç yaşı $29,19 \pm 9,04$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların ortalama hastalık süresi $13,92 \pm 7,89$ 'dur. Her bir bireyin hastalık süresi boyunca geçirdiği atak sayısı $6,54 \pm 3,29$ olarak saptanmıştır. 100 kişilik hasta grubumuzun %71'inde hastane yatış öyküsü bulunmaktadır. Hastanede yatış öyküsü olan hasta grubunun ortalama yatış sayısı $2,65 \pm 2,35$ olarak bulunmuştur.

Hasta grubuna konulan tanılara bakıldığında %92'sinde bipolar bozukluk tip 1, %8'inde bipolar afektif bozukluk tip 2 olarak dağıldığı görülmüştür. Hasta grubunun %42'sinde ilk atak depresif, %58'inde ise manik olarak bildirilmiştir. Atakların %64'ünde psikotik belirtilerin eşlik ettiği gözlenmiştir. Hasta grubunun %28'inde hastalık süresi boyunca en az 1 kez olmak üzere suisid girişiminde bulunduğu saptanmıştır. BAB hastaların aldıkları tedavilere bakıldığında çoğunluğun duygudurum dengeleyici ile antipsikotik kombinasyonu kullandığı (%55), %27'sinin

yalnız duygudurum dengeleyici monoterapisi aldığı ve %18’inde diğer medikal tedavileri kullandığı saptanmıştır.

4.3 BAB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun ÇÇTÖ (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği) Puanlarının Değerlendirilmesi

BAB ve kontrol grubunun ÇÇTÖ toplam ve 5 alt ölçekten aldıkları puanların karşılaştırmalı görünümü Tablo-3’de verilmiştir.

Tablo 3: BAB ile Sağlıklı Kontrol Grubu Arasında ÇÇTÖ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

	BAB Ort/Ss	Kontrol Ort/Ss	p ^a
ÇÇTÖ-Cinsel istismar	6,33±3,11	5,49±1,87	0,001**
ÇÇTÖ-Fiziksel istismar	6,80±3,21	5,51±1,60	0,000**
ÇÇTÖ-Duygusal istismar	9,00±4,46	6,35±2,58	0,000**
ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal	8,79±3,59	6,57±2,42	0,000**
ÇÇTÖ-Duygusal ihmal	11,98±4,84	8,71±3,68	0,000**
ÇÇTÖ-Toplam	42,82±14,50	32,69±9,81	0,000**

^aMan whitney u, * p<0,05, **p<0,01

Kontrol ve hasta grubunun ÇÇTÖ toplam puanları sırasıyla 32,69±9,81 ile 42,82±14,50 olarak bulundu. Her iki grubun ÇÇTÖ-toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldı. Puanlar cinsel istismar alt ölçeğinde kontrol grubu 5,49±1,87, hasta grubu 6,33±3,11; fiziksel istismar alt ölçeğinde kontrol grubu 5,51±1,60, hasta grubu 6,80±3,21; duygusal istismar alt ölçeğinde kontrol grubu 6,35±2,58, hasta grubu 9,00±4,46; fiziksel ihmal alt ölçeğinde kontrol grubu 6,57±2,42, hasta grubu 8,79±3,59; duygusal ihmal alt ölçeğinde kontrol grubu 8,71±3,68, hasta grubu 11,98±4,84 olarak saptanmıştır.

Türkiye’de çocukluk çağı travma ölçeğinin kesim noktaları konusundan şimdiye kadar henüz bir değer belirtilmemiştir. Şar ve arkadaşları cinsel istismar ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılması, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 puanın aşılmasının, duygusal ihmal için 12 puanın aşılmasının, toplam puan için 35 puanın aşılmasının pozitif bildirim olarak sayılabileceğini önermektedir. Bu bilgiler ışığında katılımcıların kesme puanlarına göre verileri Tablo-4’te özetlenmiştir. Hasta grubunun %67’sinin çocukluk çağında travmaya maruz kaldığı söylenebilir. Hastaların %58’inde fiziksel ihmal, %51’inde duygusal istismar, %47’sinde duygusal ihmal, %40’ında fiziksel istismar ve %30’unda cinsel istismar saptanmıştır.

Kontrol grubunun %25'inin çocukluk çağında travmaya maruz kaldığı bulunmuştur. Sağlıklı kontrollerin %23'ünde fiziksel ihmal, %19'unda fiziksel istismar, %17'sinde duygusal istismar, %13'ünde duygusal ihmal ve %11'inde cinsel istismar saptanmıştır.

Tablo 4: ÇÇTÖ-28 ve Alt Ölçeklerinin Kesme Puanına Göre Katılımcıların Değerlendirilmesi

	BAB n=100	Kontrol n=100	p^a
	S/%	S/%	
Çocukluk çağı travma	67	25	0,000**
Cinsel istismar	30	11	0,001**
Fiziksel istismar	40	19	0,001**
Duygusal istismar	51	17	0,000**
Fiziksel ihmal	58	23	0,000**
Duygusal ihmal	47	13	0,000**

^aKi kare testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Toplam ÇÇTÖ-28 ve alt ölçek grupları kesme puana göre yapılan karşılaştırmalarda hasta grubunun sayıları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (sırasıyla p değerleri; $p=0,000$, $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,000$, $p=0,000$ ve $p=0,000$).

4.4 BAB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun DYÖ (Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği) Puanlarının Değerlendirilmesi

Hasta ve kontrol grubunun DYÖ ortalama puanı ve 3 alt ölçek puanlarının karşılaştırmalı değerlendirilmesi Tablo-5'te özetlenmiştir.

Tablo 5: BAB ile Sağlıklı Kontrol Grubu DYÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	BAB Ort/Ss	Kontrol Ort/Ss	p^a
DYÖ	23,87±17,82	9,95±10,28	0,000**
Absorbsiyon	31,36±19,93	15,32±14,42	0,000**
Amnezi	18,71±19,26	6,15±9,23	0,000**
Depersonalizasyon/ derealizasyon	17,60±21,93	5,30±10,09	0,000**

^aMan whitney u, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Kontrol ve hasta gruplarının ortalama disosiyasyon puanları sırasıyla 9,95±10,28 ile 23,87±17,82 olarak bulunmuştur. Her iki grubun DYÖ alt ölçek puan ortalamaları

karşılaştırılmıştır. Absorbsiyon alt ölçeğinde kontrol grubu 15,32±14,42, hasta grubu 31,36±19,93; amnezi alt ölçeğinde kontrol grubu 6,15±9,23, hasta grubu 18,71±19,26; depersonalizasyon/derealizasyon alt ölçeğinde kontrol grubu 5,30±10,09, hasta grubu 17,60±21,93 puan almışlardır.

DYÖ'nün literatürde bildirilen kesme puanı 30 olarak belirtilmiş olması dolayısıyla bu puan baz alınarak karşılaştırmalar yapılmıştır. Kontrol grubunda 4 kişide patolojik disosiyasyon saptanırken, hasta grubunda 28 kişide patolojik disosiyasyon saptanmıştır (Tablo-6).

Tablo 6: Hasta ve Kontrol Gruplarında Kesme Değerine Göre DYÖ Karşılaştırması

	BAB n=100	Kontrol n=100	p ^a
	S/%	S/%	
Patolojik Disosiyasyon (DYÖ≥30)	28	4	0,000**

^aKi kare testi, * $p<0,05$, ** $p<0,01$

Hem kesme puanı ile yapılan karşılaştırmalar hem de alt ölçek ve toplam DYÖ puanlarıyla yapılan karşılaştırmalarda hasta grubunun puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).

4.5 BAB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun TAÖ-20 (Toronto Aleksitimi Ölçeği) Puanlarının Değerlendirilmesi

Araştırma grubunun TAÖ-20 toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması değerlendirilmesi Tablo-7'te özetlenmiştir.

Tablo 7: BAB ile Sağlıklı Kontrol Grubu Arasında TAÖ-20 Puanlarının Karşılaştırılması

	BAB Ort/Ss	Kontrol Ort/Ss	p ^a
TAÖ-1	17,75±6,89	12,75±4,94	0,000**
TAÖ-2	14,07±4,38	10,80±3,45	0,000**
TAÖ-3	23,98±3,46	21,37±3,99	0,000**
TAÖ-Toplam	55,88±11,40	44,94±9,48	0,000**

^aMan whitney u, * $p<0,05$, ** $p<0,01$

Kontrol ve hasta gruplarının toplam aleksitimi puan ortalamaları sırasıyla 44,94±9,48 ile 55,88±11,40 olarak bulunmuştur. Her iki grubun TAÖ-20 alt ölçek

puan ortalamaları; duyguları tanımada güçlük alt ölçeğinde (TAÖ-1) kontrol grubunda 12,75±4,94, hasta grubunda 17,75±6,89; duyguları söze dökmede güçlük alt ölçeğinde (TAÖ-2) kontrol grubunda 10,80±3,45, hasta grubunda 14,07±4,38; dışa dönük düşünme alt ölçeğinde (TAÖ-3) kontrol grubunda 21,37±3,99, hasta grubunda 23,98±3,46 olarak saptanmıştır.

TAÖ-20'nin literatürde kesme puanı 61 olarak belirlenmiş olması dolayısıyla, bu değer göz önüne alındığında, kontrol grubunda 6 kişide şiddetli aleksitimi saptanırken, hasta grubunda 37 kişide şiddetli aleksitimi saptanmıştır (Tablo-8).

Tablo 8: Hasta ve Kontrol Gruplarının Kesme Değerine Göre TAÖ-20 Karşılaştırması

	BAB n=100	Kontrol n=100	
	S/%	S/%	p ^a
Şiddetli Aleksitimi (TAÖ-Toplam≥61)	37	6	0,000**

^aKi kare testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Hem kesme puanı ile yapılan karşılaştırmalarda hem de alt ölçek ve toplam TAÖ-20 puanlarıyla yapılan karşılaştırmalarda hasta grubunun puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).

4.6 BAB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Bağlanma Tipleri Puanlarının Değerlendirilmesi

YİYE-II ile bağlanma stilleri araştırılan BAB hastalarında kaygılı bağlanma puan ortalamaları 67,19±19,89, kaçınan bağlanma puan ortalamaları 53,91±19,65 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise kaygılı bağlanma puan ortalamaları 55,90±17,28, kaçınan bağlanma puan ortalamaları 47,05±18,36 olduğu saptanmıştır (Tablo-9). Boyutlar arası puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (kaygılı bağlanma boyutu $p=0,018$ ve kaçınan bağlanma boyutu $p=0,000$).

Tablo 9: YİYE-II Puanlarının Karşılaştırılması

	BAB Ort/Ss	Kontrol Ort/Ss	p ^a
Kaçınan Bağlanma	53,91±19,65	47,05±18,36	0,018*
Kaygılı Bağlanma	67,19±19,89	55,90±17,28	0,000**

^aMan whitney u, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Kaygılı bağlanma puanları ve kaçınan bağlanma puanları küme analizi yöntemi kullanılıp yorumlanarak katılımcılar güvenli, kayıtsız, saplantılı ve korkulu olmak üzere dört bağlanma tipi kapsamında değerlendirilmiştir. Hasta grubunda 26 kişinin güvenli, 29 kişinin kayıtsız, 19 kişinin saplantılı, 26 kişinin korkulu bağlanma tipine sahip olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunda ise bağlanma tiplerinin dağılımları; 46 kişide güvenli, 20 kişide kayıtsız, 27 kişide saplantılı, 7 kişide korkulu olarak belirlenmiştir (Tablo-10).

Tablo 10: Hasta ve Kontrol Gruplarının Bağlanma Tiplerine Göre Dağılımları

	BAB n=100	Kontrol n=100	p ^a
	S/%	S/%	
Güvenli Bağlanma	26	46	0,000**
Kayıtsız Bağlanma	29	20	
Saplantılı Bağlanma	19	27	
Korkulu Bağlanma	26	7	

^aKi kare testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Yapılan istatistiksel analizde, gruplar arasında bağlanma tiplerine göre anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,000$). Sağlıklı kontrollerde güvenli ve saplantılı bağlanma tipi daha sık görülürken hasta grubunda kayıtsız ve korkulu bağlanma tiplerinin daha sık olduğu gözlenmiştir.

4.7 BAB Erken Başlangıç ile Ölçekler İlişkisi

BAB'ta 18 yaş ve öncesi hastalığı başlayan kişiler için erken başlangıç yaşı ile başlayan BAB terimi kullanılmaktadır. Hasta grubunda 13 kişi bu özelliği karşılamaktadır. Erken başlangıç yaşı olan ve olmayan grup ile ölçeklerden alınan değerler incelendiğinde; fiziksel istismar alt ölçeği ($p=0,25$), DYÖ-absorption alt ölçeği ($p=0,41$), TAÖ-1 alt ölçeği ($p=0,21$) ve toplam aleksitimi puanına ($p=0,34$) göre erken başlangıçlı grubun istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo-11). Bu veriler incelendiğinde fiziksel istismara uğrayan grupta BAB'ın daha erken yaşta başlamasına sebep olduğu düşünülebilir.

Tablo 11. Erken Başlangıç Yaşı Açısından Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

	Erken Başlangıç Var Ort/Ss	Erken başlangıç Yok Ort/Ss	p ^a
ÇÇTÖ-Cinsel istismar	6,84±2,60	6,25±3,19	0,58
ÇÇTÖ-Fiziksel istismar	7,92±3,04	6,63±3,22	0,025*
ÇÇTÖ-Duygusal istismar	9,61±3,33	8,90±4,62	0,194
ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal	7,38±2,21	9,00±3,71	0,186
ÇÇTÖ-Duygusal ihmal	12,23±5,03	11,94±4,84	0,853
ÇÇTÖ-Toplam	43,23±10,96	42,75±15,01	0,612
DYÖ	33,21±21,21	22,47±18,16	0,069
Absorbsiyon	41,45±18,78	29,86±19,76	0,041*
Amnezi	29,03±22,71	17,16±18,35	0,096
Depersonalizasyon/Derealizasyon	25,00±26,20	16,49±21,17	0,155
TAÖ-1	22,15±7,22	17,09±6,64	0,022*
TAÖ-2	15,30±4,06	13,88±4,42	0,227
TAÖ-3	24,61±3,06	23,88±3,52	0,628
TAÖ-Toplam	61,92±9,66	54,97±11,41	0,034*
Kaçınan Bağlanma	47,07±19,33	54,93±19,60	0,188
Kaygılı Bağlanma	63,84±19,84	67,68±19,97	0,637

^aMan whitney u, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

ÇÇTÖ-28 kesme puanına göre travma olan olmayan, TAÖ-20 kesme puanına göre şiddetli aleksitimi bulunan bulunmayan ve DYÖ ortalama kesme puanına göre patolojik disosiyasyon saptanan saptanmayan grupların BAB klinik özellikleri (psikotik atak varlığı, suisid girişim öyküsü, erken başlangıç yaşı öyküsü, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, atak sayısı, yatış sayısı) ile ilişkisi açısından veriler incelendi. Yapılan analizlerde çocukluk çağı travması olan grupta olmayan gruba göre hastalık süresinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha uzun olduğu bulunmuştur ($p=0,013$). Diğer parametrelerin analizinde anlamlı fark saptanmamıştır.

4.8 BAB Grubunda Çocukluk Çağı Travması, Disosiyasyon, Bağlanma ve Aleksitimi'nin Kendi Arasında ve Klinik Belirteçler ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Hasta grubunda BAB'ın başlangıç yaşı, atak sayısı ve hastalık süresi ile DYÖ, TAÖ, YIYE-2, ÇÇTÖ puanlarının ilişkisi değerlendirilmiştir (Tablo-12).

Tablo 12. BAB Belirteçlerine Göre Ölçeklerin Korelasyonu

		Başlangıç Yaşı	Atak Sayısı	Hastalık Süresi
ÇÇTÖ-Cinsel istismar	r	-0,181	0,065	0,052
	p	0,072	0,521	0,607
ÇÇTÖ-Fiziksel istismar	r	-0,089	0,218*	0,113
	p	0,379	0,029	0,262
ÇÇTÖ-Duygusal istismar	r	0,064	0,113	0,035
	p	0,530	0,262	0,727
ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal	r	0,172	0,120	0,119
	p	0,087	0,236	0,240
ÇÇTÖ-Duygusal ihmal	r	0,099	0,035	0,142
	p	0,325	0,730	0,158
ÇÇTÖ-Toplam	r	0,057	0,126	0,139
	p	0,572	0,212	0,169
DYÖ	r	-0,133	0,300**	-0,048
	p	0,188	0,002	0,633
TAÖ-Toplam	r	-0,213*	0,216*	0,010
	p	0,033	0,031	0,924
Kaçınan Bağlanma	r	0,089	0,026	-0,033
	p	0,376	0,798	0,746
Kaygılı Bağlanma	r	0,006	0,060	0,081
	p	0,950	0,556	0,424

Spearman's rho korelasyon analizi *p<0,05 **p<0,01

Hasta grubunun geçirdiği atak sayısı ile DYÖ skoru, TAÖ-Toplam skoru ve ÇÇTÖ-Fiziksel istismar alt ölçeği ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla p değerleri p=0,002, p=0,031 ve p=0,029). Hastalık başlangıç yaşı ile TAÖ-toplam skoru arasında negatif yönde düşük düzeyde bir anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,033). Hastalık süresi ile ölçekler arasında herhangi bir bağlantı bulunamadı.

BAB tanılı hastalarında çocukluk çağı travma ölçekleri ile diğer ölçek puanlarının ilişkisi Tablo-13'de gösterilmiştir.

Tablo 13: ÇÇTÖ Puanlarının Diğer Ölçeklerle Korelasyonu

		DYÖ	TAÖ-1	TAÖ-2	TAÖ-3	TAÖ-toplam	Kaygılı Bağlanma	Kaçıngan Bağlanma
ÇÇTÖ- Cinsel istismar	r	0,091	0,156	0,190	0,202*	0,239*	0,031	0,118
	p	0,368	0,122	0,058	0,044	0,017	0,757	0,241
ÇÇTÖ- Fiziksel istismar	r	0,250*	0,241*	0,227*	0,140	0,300**	0,020	0,173
	p	0,012	0,016	0,023	0,165	0,002	0,847	0,085
ÇÇTÖ- Duygusal istismar	r	0,391**	0,279**	0,272**	0,082	0,303**	0,192	0,283**
	p	0,000	0,005	0,006	0,415	0,002	0,056	0,004
ÇÇTÖ- Fiziksel ihmal	r	0,298**	0,219*	0,232*	-0,061	0,204*	0,154	0,187
	p	0,003	0,029	0,20	0,545	0,042	0,126	0,063
ÇÇTÖ- Duygusal ihmal	r	0,206*	0,195	0,238*	0,023	0,219*	0,158	0,249*
	p	0,039	0,051	0,017	0,817	0,024	0,117	0,013
ÇÇTÖ- Toplam	r	0,316**	0,233*	0,276**	0,063	0,275**	0,168	0,258**
	p	0,001	0,019	0,005	0,536	0,006	0,094	0,010

Spearman's rho korelasyon analizi *p<0,05 **p<0,01

BAB grubunun çocukluk çağı travma ölçeği toplam puanları ve alt ölçek puanları ile diğer veriler arasında ilişki incelenmiştir. Fiziksel istismar alt boyutunun Toronto Aleksitimi toplam puanıyla pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır (p=0,002). Duygusal istismar alt boyutu ile DYÖ, TAÖ-1, TAÖ-2, toplam aleksitimi ve kaçıngan bağlanma arasında pozitif yönde anlamlı ilişki gözlenmiştir (sırasıyla; p=0,000, p=0,005, p=0,006, p=0,002 ve p=0,004). Fiziksel ihmal ile DYÖ puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,003). ÇÇTÖ-toplam skoru ile DYÖ, TAÖ-2, aleksitimi toplam skoru ve kaçıngan bağlanma arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla; p=0,001, p=0,005, p=0,006 ve p=0,010). İncelenen diğer veriler arasındaki anlamlı ilişkiler Tablo-13'de gösterilmiştir.

4.9 BAB'ın Öngöndürücü Risk Etkenlerinin İncelenmesi

Bağımlı değişken olarak BAB alınmak suretiyle bağımsız değişkenlerin (sosyodemografik veriler, DYÖ'nün 3 alt ölçeği, TAÖ'nün 3 alt ölçeği, YİYE-II kaygılı ve kaçınan bağlanma alt boyutları, ÇÇTÖ'nün 5 alt ölçeği ile ÇÇTÖ, DYÖ, TAÖ ölçeklerinin kesme puanlarına göre grupları) hangilerinin bağımlı değişken için kısmi risk etkeni oldukları incelenmiştir (Tablo-14).

Tablo 14: Logistik Regresyon Analizi

	p ^a	OR	%95 Güven aralığı
Yaş	0,979	1,002	0,959-1,048
Cinsiyet	0,617	0,843	0,374-1,896
Medeni durum	0,009*	0,354	0,163-0,768
Eğitim durumu	0,850	1,043	0,672-1,619
Ailede psikopatoloji	0,001*	7,504	2,619-21,496
Absorbsiyon	0,601	0,989	0,949-1,031
Amnezi	0,377	0,975	0,923-1,031
Deporsanilazyon/Derealizasyon	0,938	1,002	0,954-1,052
Patolojik disosiyasyon	0,794	1,361	0,134-13,802
TAÖ-1	0,534	0,966	0,868-1,076
TAÖ-2	0,913	0,991	0,848-1,158
TAÖ-3	0,026**	0,878	0,783-0,985
Şiddetli aleksitimi	0,076	4,135	0,861-19,854
Kaçınan bağlanma	0,542	1,008	0,982-1,036
Kaygılı bağlanma	0,575	1,008	0,981-1,036
ÇÇTÖ-Cinsel istismar	0,802	0,979	0,828-1,157
ÇÇTÖ-Fiziksel istismar	0,274	1,158	0,891-1,504
ÇÇTÖ-Duygusal istismar	0,184	0,880	0,729-1,063
ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal	0,649	0,958	0,795-1,154
ÇÇTÖ-Duygusal ihmal	0,404	1,069	0,914-1,251
Çocukluk çağı travması	0,055	3,367	0,972-11,661

^aLogistik regresyon analizi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Yapılan logistik regresyon analizinde birinci derece akrabalarında psikopatoloji bulunmasının BAB için anlamlı bir yordayıcı olduğu bulunmuştur ($p=0,001$). Çocukluk çağı travmasına maruz kalmanın da BAB için bir göstere olabileceği düşünülebilir ($p=0,055$). Dışa dönük düşünme ve medeni durumun BAB için negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir (sırsıyla; $p=0,026$ ve $p=0,009$).

5. TARTIŞMA

Yaptığımız çalışmada; BAB hastalarındaki çocukluk çağı travmaları, bağlanma biçimleri, aleksitimi ve disosiyatif belirtilerin sıklığının tespiti, sağlıklı popülasyonla karşılaştırılması ve BAB'ın klinik özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızın diğer bir amacı çocukluk çağı travmalarının BAB ile doğrudan ve dolaylı ilişkilerinin incelenmesi olarak belirlenmiştir. Dolaylı ilişkiden kastedilen, BAB ile ilişkisi net olarak kanıtlanmamış, literatürde kısıtlı sayıda çalışma olan, daha ziyade çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile ilişkilendirilen disosiyasyon ve aleksitimi kavramlarının BAB ile ilişkisinin incelenmesidir. Bakılan verilerle bu alanda az sayıda çalışma bulunan literatüre katkıda bulunulması hedeflenmiştir.

Çalışmamızın sosyodemografik verileri incelendiğinde yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş iki grup arasında veriler değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hasta grubu 21-64 yaş arasındaydı ve yaş ortalaması $43,06 \pm 9,98$ yıldı. Hasta grubunun kontrol grubuna kıyasla medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu saptanmıştır. Bizim örnekleminizde boşanmış olma oranı %18 olarak saptanmış ve kontrol grubuna göre 3,5 kat fazla sıklıkta bulunmuştur. Literatürde BAB olan hastalarda genel topluma oranla boşanma oranının üç kat fazla olduğu bildirilmektedir. Kessler ve arkadaşları yaptıkları çalışmanın sonucunda, BAB'ta evlenmemiş olma oranının topluma göre daha yüksek olduğunu göstermişlerdir (58). Çalışmamızda çalışma öyküsü incelendiğinde hasta grubunun %43 oranında çalışmadığı ve bu oranın kontrol grubuna göre yaklaşık iki kat daha fazla sıklıkta olduğu saptanmıştır. Tohen ve arkadaşlarının uzunlamasına yaptığı çalışmada hastaların %35'inin işlevselliğinde önemli bir azalma olduğu, hastaların 2/3'ünde iş veriminin düştüğü ve genel topluma oranla işsizlik oranının ise iki kat fazla olduğu bildirilmiştir (98). Yine Morriss ve arkadaşlarının çalışmasında olguların büyük çoğunluğunun çalışmıyor olduğu belirtilmiştir (5). Hastalığın doğası, ataklarla seyrediyor olması, rezidü belirtilerin görülmesi, sık hastane yatışları gibi nedenlerle BAB'ın mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulma ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Joyce ve arkadaşları yaptıkları çalışmada BAB olgularında güvensiz bağlanma paterninin daha sık görüldüğünü bunun da işlevsellikte önemli oranda

bozulmaya yol açtığını göstermişlerdir (219). Çalışmamızda BAB hasta grubunun güvensiz bağlanma paternlerinin daha sık olmasının sosyal ve mesleki bozulmaya katkıda bulunabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan hasta grubunun tanımlayıcı klinik özellikleri incelendiğinde, araştırmaya katılan katılımcıların üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir hastanenin çoğunlukla duygudurum bozuklukları üzerine özelleşmiş bir tedavi biriminden alındığı için hastalık seyrinin ağır şiddette seyrettiğine işaret eden bazı özellikler taşımaktadır. Örnekleme oluşturan hastaların %64'ü en az bir kez psikotik özellikli atak yaşamış ve katılan hastaların %71'i en az bir kez hastaneye yatmıştır. Hastaların %35'inde ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır. Alkol kullanım oranı %18, madde kullanım oranı %2 oranında saptanmıştır. Hastaların %28'nin en az bir kez suisid girişiminde bulunduğu belirlenmiştir.

Erişkin yaşta psikiyatrik hastalık görülme oranının, çocukluk çağında ihmal veya istismara uğramak ile arttığı bilinmektedir (10). Çalışmalar psikiyatrik hastalıkların çocukluk çağındaki travmalar ile ilişkili olduğunu saptanmış olsa da literatürde BAB ile birlikteliğini araştıran az sayıda kontrollü çalışma mevcuttur. BAB hastalarıyla yaptığımız çalışmamızda, hasta grubunun çocukluk çağı travma puanları toplam ve tüm alt ölçek gruplarında sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalar da verilerimizi destekler nitelikte olup BAB hastalarında çocukluk çağı travmaları popülasyonun geneline göre daha fazla bir oran teşkil etmektedir (89, 151, 220). Literatürde incelenen çalışmalarda BAB'ta çocukluk çağı travma oranlarının %45-%70 arasında olduğu gösterilmiştir (151-154). Bizim çalışmamızda ise hasta grubunun %67'sinin çocukluk çağı travmasına maruz kaldığı bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan BAB grubunun %67'sinin travmaya maruz kaldığı; %58'inde fiziksel ihmal, %51'inde duygusal istismar, %47'sinde duygusal ihmal, %40'ında fiziksel istismar ve %30'unda cinsel istismar olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu saptanmıştır. Literatürde çocukluk çağı travmalarının gruplandırıldığı çalışmalar incelendiğinde Garino ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, çocukluk çağı travmasının alt tiplere göre dağılımı %37 duygusal istismar, %24 duygusal ihmal, %24 fiziksel

istismar, %21 cinsel istismar ve %12 fiziksel ihmal şeklindedir (153). Tekin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hasta grubunun çocukluk çağı travmalarının alt tiplere göre dağılımı; %33 duygusal istismar, %29.4 duygusal ihmal, %27.5 fiziksel istismar, %19.6 cinsel istismar ve %17.6 fiziksel ihmal olarak bildirilmiştir (221). Binbay ve arkadaşlarının Bipolar affektif bozukluk tanılı hastalar ile yaptıkları çalışmada BAB hasta grubunda herhangi bir çocukluk çağı travması %79,5, cinsel kötüye kullanım %15,4, fiziksel istismar %71,8 ve şiddetli çocukluk çağı travması %37,2 olarak bulunmuştur (222). Çalışmamızda Binbay ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya benzer şekilde travma alt gruplarının daha yüksek görülmesinin sebebi katılan BAB hastaların üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir hastanenin duygudurum bozuklukları üzerine özelleşmiş bir tedavi biriminden alınması ve buraya başvuran hastaların daha komplike hastalar olmasıyla ilişkili olabilir. Hastaların çoğunluğu en az bir kez psikotik özellikli dönem yaşamış ve en az bir kez hastaneye yatmıştır.

Literatür incelendiğinde çocukluk çağı travması ve travma alt tipleri oranları arasında ruhsal hastalıklarda farklılıklar bulunmaktadır. Buna sebep olarak istismar kavramının bölgesel ve kültürel duruma göre farklı tanımlanması ve stigmatizasyon olabilir. Bununla birlikte mağdurun istismarın yaratacağı tehditlerinden korkması, yaşadığı durum nedeniyle utanç duygusu hissetmesi, çevresinin kendisine inanmayacağı düşüncesi gibi nedenler istismar vakalarının az bildirilmesi de bir sebep olarak görülmektedir (138).

Çalışmamızda travma olan ve olmayan grup BAB klinik özellikleri açısından karşılaştırılmıştır. Travma olan grupta hastalık süresinin daha uzun olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı travması atak sayısı, başlangıç yaşı, suisid girişim varlığı, psikotik atak varlığı, yatış sayısı ile ilişkili bulunmamıştır. Erken başlangıçlı BAB hastalarında fiziksel istismar puanlarının istatistiksel olarak yüksek olması fiziksel istismar sıklığının artmasının hastalığın daha erken yaşta başlamasına neden olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Yine fiziksel istismar sıklığı ile atak sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda BAB hastaları içinde çocukluk çağı travması olanlar ve olmayanlar karşılaştırılmış; çocukluk çağı travması olan BAB hastalarının olmayanlara göre daha erken hastalık başlangıcı olduğu,

hastaların daha fazla sayıda atak yaşadığı, daha fazla sayıda intihar girişimlerinin olduğu ve alkol-madde bağımlılığı/kötüye kullanımı gibi psikiyatrik hastalıkların ve durumların daha fazla eşlik ettiği görülmüştür. Çalışmamızda fiziksel istismar puanları ile atak sayısı arasındaki anlamlı ilişki ve erken başlangıçlı hasta grubunda fiziksel istismar sıklığının fazla bulunması literatürle uyumludur. Çalışmamızda hasta grubunda suisid sayısı değerlendirilmediğinden bu bilgi ile ilgili bir sonuca ulaşamamıştır. BAB travması olan grupta alkol ve madde kullanımı açısından çocukluk çağı travması olmayan gruba göre bir farklılık saptanmamıştır (155, 220, 223).

Çalışmamızda duygusal istismar, duygusal ihmal ve ÇÇTÖ-Toplam puanlarının kaçınan bağlanma boyutu ile yakın anlamlı ilişkide olduğu bulunmuştur. Çocukluk döneminin örseleyici geçmesi çocuk ve ebeveyn arasında kurulması beklenen olumlu duygusal bağ gelişimini engelleyebilmekte dolayısıyla çocuğun kişilik gelişimi ve davranışsal organizasyonu üzerinde olumsuz etki yaratabilmektedir. Bunların sonucunda travmanın erişkin yaşamdaki ruhsal psikopatoloji etiyojisine katkıda bulunduğu gösterilmiştir (6-8). Bu veriler ışığında araştırmamızın diğer bir araştırma konusu olarak bağlanma ile BAB arasındaki ilişkiyi ele aldık.

Çalışmamızda hasta grubunun kontrol grubuna göre güvensiz bağlanma stilleri anlamlı derecede yüksek bulundu. Kökçü, Kesebir ve arkadaşlarının BAB olgularında ve çocuklarında bağlanma biçimlerini araştıran çalışmasında, BAB'ta güvensiz bağlanmanın sağlıklı bireylerden daha sık, kaçınan bağlanma ve kaygılı bağlanma biçimi puanlarının sağlıklı bireylerinkinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (179). Bu bulgular çalışmamızın verilerine benzer özellik göstermektedir. Kefeli ve arkadaşları çalışmalarında verilerimize benzer olarak hasta grubunda güvensiz bağlanma alt tiplerinin ve kaygılı, kaçınan bağlanma puanlarının hasta grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu göstermişlerdir (224). Morriss ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında, BAB'da hastalık dönemleri boyunca güvensiz bağlanma biçiminin kararlılığını koruduğunu ve sağlıklı olgulara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (5).

Çalışmamıza katılan hasta grubunun %26'sında güvenli, %29'unda kayıtsız, %19'unda saplantılı, %26'sında korkulu bağlanma stiline sahip olduğu gözlenmiştir.

Kefeli ve arkadaşlarının yakın zamanda yaptıkları bir çalışmada hasta grubunun %35'inin güvenli bağlanma stiline sahip olduğu görülürken %17,5'sinin kayıtsız, %25'inin saplantılı, %22,5'sinin korkulu bağlanma stiline sahip olduğu bulunmuştur (224). Morriss ve arkadaşları BAB-I hastalarındaki güvensiz bağlanma biçimine sahip olanların oranını %78 olarak bulmuşlardır (5). Bu sonuçlar Bowlby'nin, çocukluktaki bağlanma biçiminin yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olabileceği görüşünü desteklemektedir (161).

Kaygılı ve kaçınan bağlanma boyutları ile BAB klinik özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmamızda atak sayısı, başlangıç yaşı ve hastalık süresi ile herhangi bir ilişki bulunmadı. Kökçü ve Kesebir'in, Morriss'in, Kefeli ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda verilerimize benzer şekilde atak sayısı ile bağlanma tipleri arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızdan farklı olarak Kefeli ve arkadaşları hastalığın başlangıç yaşı ile kaçınan bağlanma skorları arasında bir ilişki bulmuştur (224). Aradaki farkın örneklem büyüklüğü ile ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda BAB ve kontrol grubu arasında güvensiz bağlanma biçimleri içinde en büyük farkın 3,5 kat fazla olan korkulu bağlanma stilinde olduğu gözlenmektedir. Bu bağlanma örüntüsünde bakım verenlerin korkutucu, tehdit edici ve disosiyatif vasıfta davranışlar içinde oldukları gözlenmiştir (175). Çalışmamızda BAB hastalarının birinci derece yakınlarında psikopatoloji görülme oranı %35 olarak saptanmıştır ki; bu oran kontrol gurubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir. BAB'ın genetik yönü de dikkate alındığında BAB hastalarının ebeveynlerinde, klinik veya subklinik psikiyatrik belirtilerin bulunması korkulu bağlanma stilinin gruplar arasında farklı çıkmasının sebebi olabileceği düşünülmüştür.

Klinik ve normal popülasyonda yapılan birçok çalışmada farklı travma çeşitlerinin yüksek düzeyde disosiyasyona neden olduğu tespit edilmiştir (187). Hariri ve arkadaşları BAB hastalarında çocukluk çağı travmaları ile disosiyasyon arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir (225). Çalışmamızda BAB hasta grubu DYÖ ve tüm alt ölçeklerinde aldıkları puanlar kontrol gurubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yine DYÖ kesme puanına göre hasta grubunda kontrol gurubuna göre belirgin yüksek fark saptanmıştır. Bu sonuçlar, BAB

hastalarında sağlıklı gönüllülere göre daha belirgin ve şiddetli disosiyatif yaşantılar olduğunu göstermektedir.

Latalova ve arkadaşlarının 2011 yılında BAB hastalarıyla sağlıklı kontrollerin disosiyatif semptomlar açısından karşılaştırıldığı benzer bir çalışmada DYÖ puanları, 30 kesme puanına göre patolojik disosiyasyon oranları değerlendirilmiş ve BAB grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (226). Mula ve arkadaşları, 2009 yılında yayınladıkları çalışmalarında BAB ile depersonalizasyon ilişkisini vurgulamıştır (189). Tekin ve arkadaşlarının ülkemizde yaptıkları çalışmalarında DYÖ ortalama puanları ve DYÖ kesme puanları BAB hasta ve sağlıklı kontrol grubunda karşılaştırılmış, BAB hasta grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (221). Verilerimiz bu alanda literatürle uyumludur.

Çalışmamızda DYÖ'nün 3 alt boyutunun BAB ile ilişkisi incelenmiş, her 3 alt ölçek puanları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Literatürde BAB ile DYÖ alt ölçekleri ve ilişkisinin incelendiği az sayıda çalışmaya rastlanılmaktadır. Hariri ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kontrol gurubuyla karşılaştırma yapılmamış olup, derealizasyon/depersonalizasyon ve amnezi alt ölçekleri bir boyut, absorpsiyon alt ölçeği diğer bir boyut olarak incelenmiş ve hastalık süresi ile derealizasyon/depersonalizasyon ve amnezi alt boyutu ilişkili bulunmuştur (225). Çalışmamızda DYÖ ve alt ölçekleri ile BAB hastalık süresi ve başlangıç yaşı ile ilişkisi bulunmamış olup erken başlangıç olan grupta DYÖ absorpsiyon alt ölçeğinin belirgin olarak daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Latalavo ve arkadaşları, Mula ve arkadaşları, Hariri ve arkadaşları çalışmalarında disosiyatif semptomlar ile BAB erken başlangıcı arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamışlardır (189, 225, 226). İncelenen bu çalışmalar disosiyasyonun mu erken hastalık başlangıcına neden olduğu yoksa hastalık erken başlangıcının mı disosiyasyona neden olduğu ile ilgili açıklama yapmaktan uzak durmaktadırlar.

Çalışmamızda DYÖ puanları ile geçirilen atak sayısı arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. Ülkemizde Yılmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada BAB hastalarında disosiyatif özellikler arttıkça daha fazla atak yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır (204). Literatürde disosiyasyonun psikiyatrik hastalıkların seyrini ve prognozu doğrudan veya dolaylı olarak olumsuz yönde etkilediğine dair çalışmalar

mevcuttur (14-16). Bu verimize dayanarak BAB'a eşlik eden disosiyatif belirtilerin hastalığın seyrini olumsuz etkileyerek daha çok atağa neden olduğu düşünülebilir.

Disosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması arasında ilişki daha önce yapılan çalışmalar ile saptanmıştır (130, 180, 185, 187). Çalışmamızda BAB hasta grubumuzda, çocukluk çağı travma puanları ile disosiyasyon ilişkisi incelendiğinde cinsel istismar alt ölçeği dışında tüm gruplarda travma ile disosiyatif belirtiler arasında anlamlı derecede ilişki bulunmuştur. Mulder ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çocukluk çağı travmalarının yüksek DYÖ puanları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Mulder ve arkadaşlarının bu çalışmasında, özellikle cinsel istismar ve fiziksel istismar öyküsü olanlarda DYÖ puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (227). Tekin ve arkadaşlarının BAB hasta grubu ile yaptığı çalışmalarında DYÖ puanları ile ÇÇTÖ-28 toplam puanları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir (221). Yılman ve arkadaşlarının BAB'ta çocukluk çağı travmalarının klinik özelliklerini inceledikleri çalışmalarında, çocukluk çağı travma öyküsü olan grupta disosiyatif belirtiler daha sık bulunmuştur (228). Çalışmamız bu sonuçlarla hem literatürle uyumlu hem de BAB grubunda disosiyatif belirtiler ile travma ilişkisinin az incelendiği literatüre bu alanda katkı sunmaktadır.

Toplumda aleksitimi sıklığını ölçen çalışmalar birbirinden farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Bu değişkenliğin nedeni, aleksitiminin sosyal bir fenomen olması ve kültürler arası farklılıklar göstermesi olabilir (229). Literatürde aleksitiminin sağlıklı popülasyonda %6,7-18,8 arasında değişen değerlerde görüldüğü bildirilmektedir (192). Örneğimizde sağlıklı kontrol grubunda %6 sıklığında aleksitimik özellikli bireyin bulunması literatürle uyumlu görünmektedir. Aleksitimi kavramı psikiyatride farklı yönleriyle incelenmiş ve depresif bozukluklar, somatoform bozukluklar, anksiyete bozuklukları, şizofreni, disosiyasyon gibi çeşitli hastalıklar ile ilişkisi ortaya konmuştur (201, 202, 204, 230). BAB ile aleksitimi ilişkisini inceleyen literatürde az sayıda çalışma bulunmaktadır.

Çalışmamızda BAB grubunun TAÖ-20'den aldığı toplam puan, alt ölçek puanları ve kesme puanına göre değerlendirildiğinde kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar, BAB hastalarında sağlıklı gönüllülere

göre daha belirgin ve şiddetli aleksitimik özelliklerin olduğunu göstermektedir. Ülkemizde Yılmaz ve arkadaşları, Karayağız ve arkadaşları, Kefeli ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda BAB hasta grubunda aleksitimik özellikler kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (203, 204, 224).

Hund ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada çocukluk çağı emosyonel travmalarının aleksitimi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (231). Kooiman ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada ise çocukluk çağına ait tüm travmaların erişkinlikte aleksitimi gelişimi için risk faktörü olduğu ortaya konulmuştur (232). Bu bilgiler ışığında çalışmamızda travma ile aleksitimi ilişkisi incelenmiştir. Çocukluk çağı travmasının cinsel istismar alt ölçeği dışındaki grupların duyguları tanıma ve duyguları ifade etmede güçlük ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca duygusal istismar ve ÇÇTÖ-Toplam travma puanlarının da toplam aleksitimi puanıyla anlamlı ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur. Krystal'e göre çocuğun gelişiminde bir ruhsal travma olursa, duygulanım gelişimi o evrede duraklar. Yetişkin yaşta katastrofik bir travmaya bağlı olarak gerileme olur. Aleksitimik bireyler geçirdikleri ruhsal travmaya bağlı olarak duygulanım gelişiminin ilk dönemine saplanmış veya gerilemiş kişilerdir. Bu yüzden bu kişiler duyguları söze dökemezler ve bedenselleştirirler şeklinde ifade etmiştir (18). Bulgularımız BAB bozuklukta farklı travma çeşitleri bulunduğu aleksitimik özelliklerin daha fazla görülmesine sebep olduğu şeklindedir.

Aleksitimik bireyler daha çok dışa dönük kişilik özellikleriyle öne çıkarlar. Çünkü mekanik, pragmatik ve uyum sağlamaya yönelik düşünme eğilimi içindedirler. Aleksitimikler uyum için gösterdikleri aşırı istek ve çabalardan dolayı çevreleriyle sorunsuz, uyumlu ilişkiler kurabilen kişiler olarak bilinebilirler (199). Çalışmamızda yapılan logistik regresyon analizinde TAÖ-3 dışa dönük düşünmenin BAB ile negatif yönde bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Bu sonuç bize yukarıdaki veriler ışığında bireyde dışa dönük düşünme özelliklerinin olmasının hastalıktan koruyucu bir faktör olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda BAB grubunda aleksitimik özellikler ile hastalık başlangıç yaşı ve atak sayısı arasında düşük düzeyde anlamlı ilişkili bulunmuştur. Erken başlangıcı olan BAB hasta grubunda TAÖ-1 duyguları tanıma güçlüğü ve TAÖ-toplam

puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Karayağız ve arkadaşlarının çalışmalarında unipolar depresyonu olan hastalarda sağlıklı kontrol grubuna göre aleksitimik özelliklerin daha yüksek olduğu bulunmuştur (204). Çelikel ve arkadaşlarının çalışmalarında hastalık boyutunda depresyonu olan olguların aleksitimi düzeylerinin kontrollerden yüksek bulunmuştur (230). BAB'ın depresif atakla başlamasının, atak sayısı arttıkça depresif atak sayısının da artacağı ve bunların sonucunda aleksitimik özelliklerin bireyde daha fazla görülebileceği şeklinde yorumlanabilir. Bu durum aleksitiminin depresyonun mu bir sonucu olduğu sorusunu akla getirebilir. Verilerimizde atak sayısı ile aleksitimi arasındaki anlamlı ilişkinin bununla bağlantılı olabileceği düşünölmüştür.

Çalışmanın geneline bakıldığında, aldığımız örnekleme BAB'ın görülme sıklığının her iki cinsiyette eşit olduğu göz önüne alındığında kadın ve erkek oranlarının hemen hemen eşit olduğu görölmektedir. BAB örneklem grubunun cinsiyet yönünden toplumu yansıttığı söylenebilir. Yine hasta ve kontrol gruplarında cinsiyet ve yaş açısından eşleştirilmiş olması, çalışmaya dahil edilen bireylerin ek tıbbi ve psikiyatrik hastalıklarının olmaması çalışmamızın güçlü yönlerindedir. Örnekleme sayısına göre görece orta ölçekli bir çalışmadır. Hasta grubunun hastalık özelliklerinin geriye dönük sorgulanması, BAB grubunun ilaç kullanıyor olması ve bu ilaçların yan etkilerinin verilerimizi etkileme ihtimali, katılımcıların kişilik özelliklerinin incelenmemiş olması, grupların eğitim düzeylerinin farklı olması, çalışmamızda özbildirim ölçeklerinin kullanılması ve klinisyen müdahalesi olmadan doldurulmuş ölçeklerin güvenilirliğinin yapılandırılmış formlara göre daha düşük seviyede olması çalışmamızın kısıtlılıkları olarak sayılabilir.

6.SONUÇLAR

1. BAB grubu çalışma ve medeni durumuna göre değerlendirildiğinde sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur. BAB doğası, ataklarla seyrediyor olması, rezidü belirtilerin görülmesi, sık hastane yatışları gibi nedenlerle hastalığın mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulmaya yol açtığı sonucuna varılmıştır.
2. BAB grubunda ÇÇTÖ-Toplam ve tüm alt ölçek puanları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.
3. BAB grubunda ÇÇTÖ-Fiziksel istismar alt ölçeği ile atak sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erken başlangıcı olan BAB hastalarında fiziksel istismar puanları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Fiziksel istismar sıklığının artmasının hastalığın daha erken yaşta başlamasına ve hastaların daha sık atak yaşamasına neden olabileceği düşünülmüştür.
4. BAB grubunda YİYE-2 kaçınan ve kaygılı bağlanma boyutları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Yapılan küme analizinde BAB grubunda güvensiz bağlanma tiplerinin sağlıklı kontrol grubuna göre daha sık saptandığı bulunmuştur.
5. BAB grubunda DYÖ ve tüm alt ölçek puanları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Ayrıca DYÖ kesme puanına göre değerlendirildiğinde BAB grubu sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.
6. DYÖ puanları ile geçirilen atak sayısı arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. Erken başlangıç olan grupta DYÖ absorpsiyon alt ölçeğinin belirgin olarak daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Bu verimize dayanarak BAB'a eşlik eden disosiyatif belirtilerin hastalığın seyrini olumsuz etkileyerek daha çok atağa neden olduğu düşünülmüştür.
7. BAB hasta grubumuzda, çocukluk çağı travma puanları ile disosiyasyon ilişkisi incelendiğinde cinsel istismar alt ölçeği dışında tüm gruplarda ÇÇTÖ puanları ile DYÖ puanı arasında anlamlı derecede ilişki bulunmuştur. Çalışmamız bu sonuçlarla BAB grubunda disosiyatif belirtiler ile travma arasında ilişki olabileceği sonucuna ulaşmıştır.
8. BAB grubunda TAÖ-20-toplam ve tüm alt ölçek puanları sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Ayrıca TAÖ-20 kesme puanına göre

değerlendirildiğinde BAB grubu sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

9. TAÖ-20 ile BAB hastalık başlangıç yaşı ile negatif yönde ve atak sayısı ile pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişkili bulunmuştur. BAB'ın atak sayısı arttıkça depresif atak sayısının da artacağı ve bunun sonucunda aleksitimik özelliklerin bireyde daha fazla görülebileceği şeklinde yorumlanabilir. Verilerimizde atak sayısı ile aleksitimi arasındaki anlamlı ilişkinin bununla bağlantılı olabileceği düşünülmüştür.

10. Çocukluk çağı travmasının cinsel istismar alt ölçeği dışındaki tüm grupların duyguları tanıma ve duyguları ifade etmede güçlük ile anlamlı biçimde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca duygusal istismar ve ÇÇTÖ-toplam travma puanlarının da toplam aleksitimi puanıyla anlamlı derecede ilişkili olduğu bulunmuştur. Bulgularımız BAB'ta farklı travma çeşitleri bulunmasının aleksitimik özelliklerin daha fazla görülmesine sebep olabileceğini düşündürmüştür.

11. BAB öngördürücü risk etkenleri incelendiğinde birinci derece akrabalarında psikopatoloji bulunmasının BAB için anlamlı bir yordayıcı olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı travmasına maruz kalmanın da BAB için bir gösterge olabileceği düşünülebilir. Dışa dönük düşünme ve medeni durumun BAB'ın gelişimi için negatif yordayıcılar olduğu bulunmuştur.

Genel olarak baktığımızda Bipolar affektif bozuklukta çocukluk çağı travmaları, bağlanma tipleri, disosiyatif belirtiler ve aleksitimi özellikleri arasında ilişki bulunmaktadır. Bu durum hastalığın klinik seyri ve tedavi süreci açısından bütüncül değerlendirmenin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

7.ÖZET

BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, DİSOSİYASYON, BAĞLANMA VE ALEKSİTİMİ İLİŞKİSİ

Bipolar afektif bozukluğun etiyojisi yeterince aydınlatılmamış ve bazı psikolojik kavramlarla ilişkisi yeterince incelenmemiştir. Bu çalışmada BAB hastalarında çocukluk çağı travması, disosiyasyon, bağlanma ve aleksitimi ilişkisinin incelenmesi sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya BAB tanısıyla takip edilen ve çalışma ölçütlerini karşılayan 100 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 100 sağlıklı birey alındı. Katılımcılara Sosyodemografik veri formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Ölçeği-II, Hamilton Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile Young Mani Ölçeği uygulandı. Çalışmada istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Hasta grubunda çocukluk çağı travmaları, aleksitimi, disosiyatif yaşantılar ve yakın ilişkilerde yaşantılama ölçeği puanları anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Fiziksel istismar, disosiyasyon ve aleksitimi ile atak sayısı arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Erken başlangıçlı BAB hastalarında fiziksel istismar daha sık bulunmuştur. Cinsel istismar alt ölçeği dışında tüm travma grupları ile disosiyasyon arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Cinsel istismar dışındaki çocukluk çağı travma gruplarının duyguları tanıma ve duyguları ifade etmede güçlük ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca duygusal istismar ve ÇÇTÖ-toplam puanlarının toplam aleksitimi puanıyla anlamlı ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur.

Fiziksel istismar sıklığının artmasının hastalığın daha erken yaşta başlamasına ve daha sık atak yaşamasına neden olabileceği düşünülmüştür. Disosiyatif belirtilerin hastalığın seyrini olumsuz etkileyerek daha çok atağa neden olduğu düşünülmüştür. BAB grubunda disosiyatif belirtiler ile travma arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. BAB'ta farklı travma çeşitleri bulunmasının aleksitimik özelliklerin daha fazla görülmesine sebep olduğu düşünülmektedir.

Çocukluk çağı travması nörogelişimin erken evrelerini etkileyerek BAB gelişimine ve hastalığın seyrine önemli etkisi olabilir. BAB hastalarında sağlıklı gruba göre daha fazla olduğu saptanan aleksitimik özellikler, disosiyatif yaşantılar ve güvensiz bağlanma tipleri hastalığın seyri ile ilişkili diğer etkenler arasında gösterilebilir.

Anahtar kelimeler: Bipolar Affektif Bozukluk, çocukluk çağı travması, bağlanma, disosiyasyon, aleksitimi.



8.SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDHOOD TRAUMA, DISSOCIATION, ATTACHMENT AND ALEXITHYMIA IN BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER PATIENTS

The etiology of bipolar affective disorder (BAD) has not been adequately elucidated and its relationship with some psychological concepts has not been adequately studied. The aim of this study was to investigate the relationship between childhood trauma, dissociation, attachment and alexithymia in BAD patients with a healthy control group.

The study included 100 patients who were followed-up with the diagnosis of BAD and 100 healthy subjects, age and sex matched. Sociodemographic data form, Childhood Trauma Questionnaire, Dissociative Experiences Scale, Toronto Alexithymia Scale, Experiences in Close Relationships Scale-II, Hamilton Anxiety and Depression Scale and Young Mania Scale were applied to the participants. Statistical significance was accepted as $p < 0,05$.

Child trauma, alexithymia, dissociative experiences and experiencing scale scores were found to be significantly higher in the patient group. There was a positive correlation between physical abuse, dissociation and alexithymia and the number of attacks. Physical abuse was more common in early-onset BAD patients. There was a positive relationship between dissociation and all trauma groups except sexual abuse subscale. It was found that childhood trauma groups other than sexual abuse were associated with recognition of feelings and difficulty in expressing emotions. In addition, emotional abuse and CTQ-total scores were found to be significantly related to total alexithymia score.

It was thought that the increase in the frequency of physical abuse would cause the disease to start at an earlier age and to experience more frequent attacks. Dissociative symptoms were thought to cause more attacks by adversely affecting the course of the disease. It was concluded that there is a relationship between

dissociative symptoms and trauma in the BAD group. The presence of different types of trauma in BAD suggests that alexithymic traits are more common.

Childhood trauma may have an important effect on the development of BAD and the course of the disease by affecting the early stages of neurodevelopment. Alexithymic features, dissociative experiences, and insecure attachment types, which are found to be higher in BAD patients than in the healthy group, may be shown as other factors related to the course of the disease.

Key words: Bipolar Affective Disorder, childhood trauma, attachment, dissociation, alexithymia.



9. KAYNAKLAR

1. Işık E. Duygudurum Bozuklukları, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Bipolar Bozukluklar. İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaası, 2003; 467-540.
2. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 999-1010.
3. Duman RS, Heninger GR, Nestler EJ. A molecular and cellular theory of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 597–606.
4. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Dev Psychol* 1992; 28: 759-775.
5. Morriss RK, Van der GE, Lancaster G. Adult attachment in bipolar 1 disorder. *Psychol Psychother* 2009; 82(Pt3): 267-77.
6. Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1-10.
7. Goldberg S, Benoit D, Blokland K, Madıgan S. Atypical maternal behavior, maternal representations, and infant disorganized attachment. *Dev Psychopathol* 2003; 15(2): 239-257.
8. Styron T and Bulman RJ. Childhood attachment and abuse: Long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. *Child Abuse Neglect* 1997; 21(10): 1015-1023
9. Türksoy N. Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. Psikolojik Travma ve Sonuçları. İstanbul: Us Yayıncılık, 2003; 9-21.
10. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 55-61.
11. Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status: longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 470-474.

12. Coons PM. The differential Diagnosis of Multiple Personality Dissorder. *Psychiatr Clin North America* 1984; 7: 51-67.
13. Koroğlu E. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition (DSM–V), Washington DC: American Psychiatric Association, 2013. Ankara: Hekimler Yayın Biliği, 2014.
14. Ball S, Robinson A, Shekhar A, Walsh K. Dissociative symptoms in panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 755–760.
15. Segui J, Marquez M, Garcia L, Canet J, Salvador-Carulla L, Ortiz M. Depersonalization in panic disorder: a clinical study. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 172–178.
16. Gulsun M, Doruk A, Uzun O, Turkbay T, Ozsahin A. Effect of dissociative experiences on drug treatment of panic disorder. *Clin Drug Investig* 2007; 27: 583–590.
17. Maguire C, McCusker CG, Meenagh C, Mulholland C, Shannon C. Effects of trauma on bipolar disorder. *Bipolar Disorder* 2008; 10: 293–302.
18. Krystal HJ. Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 1979; 33(1): 17-31.
19. Kırılı S. *Psikiyatri ve Yaratıcılık*. Psikiyatri ve Sanat Yayınevi, 1999: 165-71.
20. Akiskal H. *İki Uçlu Bozukluk*. WPA Yayınları, 2003.
21. Ceylan E, Oral T. *Duygudurum Bozuklukları*. İstanbul. 2001: 1-11.
22. Köknel Ö. *Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi*. Duygudurum Dizisi, 2000; 1: 5-1.
23. Kaplan H, Sadock B. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and wilkins, 2000: 1284-9.

24. Ciğerli G. Travma sonrası stres bozukluğunun bipolar bozukluk üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2007.
25. Akiskal H. Duygudurum Bozuklukları. In: Sadock B, Sadock V (Çeviri editörleri; H. Aydın A. Bozkurt). Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Kitabevi, 2007: 1559-65.
26. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. Journal of affective disorders 2001; 67(1): 3-19.
27. Akdeniz F. Hızlı Döngülü Bipolar Bozukluk. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 1997: 1-5.
28. Öztürk M. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 10.Basım. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2004.
29. Işık E. Duygulanım Bozuklukları Depresyon ve Mani. İstanbul: Boğaziçi Matbaası, 1991.
30. Leonard K. Aufteilung der endogen Psychosen. Berlin: Akademieverlag, 1957.
31. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. Biological psychiatry 2000; 48(6): 445-57.
32. Oral T. İki uçlu bozukluk. WPA Serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002: 441-503.
33. Kaplan H. Kaplan & Sadock klinik psikiyatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2004: 158.
34. APA. DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders III. Washington DC: American Psychiatric Association, 1980.
35. Goodwin F, Jamison K. Manic-Depressive Illness. New York: Oxford Univ Press, 1990

- 36.** Dunner D, Fleiss J, Fieve R. The course of development of mania in patients with recurrent depression. *The American journal of psychiatry* 1976.
- 37.** APA. DSM-III-R: Diagnostic and statistical manual of mental disorders III-R. Washington DC: American Psychiatric Association, 1987.
- 38.** Gelder M, Mayou R, Cowen P. *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press, 2001: 269-325.
- 39.** Schou M. The new bipolar era and beyond. *J. Affect Disord* 2001; 67: 1-2.
- 40.** K roğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden G zden Geirilmiş D rd nc  Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den eviren Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001.
- 41.** Akiskal H, Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacology bulletin* 1986; 23(1): 68-73.
- 42.** Yazıcı O. İki Uçlu Duygudurum Bozuklukları ve Diğer Duygudurum Bozuklukları. *Temel Psikiyatri*, Güleç C, Köroğlu E (ed). Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, 1997: 429-448.
- 43.** Vahip S. Araştırmalardan klinik uygulamaya bipolar depresyon tedavisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1999; 9(4): 213-21.
- 44.** Hirshfeld-Becker DR, Biederman J, Henin A, Faraone SV, Dowd ST, De Petrillo LA, et al. Psychopathology in the young offspring of parents with bipolar disorder: a controlled pilot study. *Psychiatry Research* 2006; 145(2): 155-67.
- 45.** Askland K, Parsons M. Toward a biaxial model of "bipolar" affective disorders: spectrum phenotypes as the products of neuroelectrical and neurochemical alterations. *Journal of affective disorders* 2006; 94(1): 15-33.
- 46.** Akiskal H, Akiskal K. Reassessing the prevalence of bipolar disorders: Clinical significance and artistic creativity. *Psychiatrie & Psychobiologie* 1988.

- 47.** Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (Onüçüncü baskı), Ankara: Tuna Matbaacılık, 2015: 261-333.
- 48.** ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th Revision-(ICD-10) World Health Organization, 2015.
- 49.** Murray CJ, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet* 2013; 380(9859): 2197-2223
- 50.** Murray CJ, Atkinson C, Bhalla K, et al. The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA* 2013; 310-591.
- 51.** Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of affective disorders* 1998; 50(2): 143-51.
- 52.** Akiskal H. The bipolar spectrum: research and clinical perspectives. *L'Encephale* 1995; 21: 3-11. 35.
- 53.** Akiskal H. Mood disorders, introduction and overview 7th ed. In: Sadock B, Sadock V, eds. *Comprehensive Textbook Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott, Williams and wilkins, 2000:1285-1340.
- 54.** Abood Z, Sharkey A, Webb M, Kelly A, Gill M. Are patients with bipolar affective disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group. *Bipolar Disorders* 2002; 4(4): 243-8.
- 55.** Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar affective disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 1995; 30(6): 279-92.
- 56.** Bijl RV, Ravelli A. Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological medicine* 2000; 30(03): 657-68.
- 57.** Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock Comprehensive textbook of psychiatry, 8. baskı. Türkçe çeviri, Ankara: Öncü Basımevi, 2007.

- 58.** Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson J, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychological medicine* 1997; 27(05): 1079-89.
- 59.** Leibenluft E. Women with bipolar illness: clinical and research issues. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153(2): 163-73.
- 60.** Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (11th ed) Lippincott Williams&Wilkins Company-Wolters Kluwer Business, 2015.
- 61.** Ball WA, Whybrow PC. Biology of depression and mania. *Current Opinion in Psychiatry* 1993; 6(1): 27-34.
- 62.** Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Jama* 1996; 276(4): 293-9.
- 63.** Bellivier F, Golmard J-L, Rietschel M, Schulze TG, Malafosse A, Preisig M, et al. Age at onset in bipolar I affective disorder: further evidence for three subgroups. *American Journal of Psychiatry* 2003.
- 64.** Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Arvilommi P, Leppämäki S, Paunio T, et al. Early age at onset of bipolar disorder is associated with more severe clinical features but delayed treatment seeking. *Bipolar disorders* 2007; 9(7): 698-705.
- 65.** Sadock K. Klinik Psikiyatri. Synopsis of Psychiatry Ninth edition. İstanbul: Güneş Kitabevi, 2005.
- 66.** Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 1. Ankara: Hekimler yayın birliği, 1997: 429-48.
- 67.** Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Synopsis of psychiatry: behavior sciences clinical psychiatry 7. Baskı. Baltimore: Williams and Wilkins, 1994: 524-580.

- 68.** Akiskal H. İki uçlu bozuklukların sınıflandırılması, tanısı ve sınırları: Gözden geçirme. İki Uçlu Bozukluk WPA Yayınları 1 baskı. İstanbul: CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002: 12-28.
- 69.** Begley CE, Annegers JF, Swann AC, Lewis C, Coan S, Schnapp WB, et al. The lifetime cost of bipolar disorder in the US. *Pharmacoeconomics* 2001; 19(5): 483-95.
- 70.** Luborsky L. Clinicians' judgments of mental health: A proposed scale. *Archives of General Psychiatry* 1962; 7(6): 407-17.
- 71.** Bellivier F, Golmard J-L, Henry C, Leboyer M, Schürhoff F. Admixture analysis of age at onset in bipolar I affective disorder. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58(5): 510-2.
- 72.** Carter TDC, Mundo E, Parikh SV, Kennedy JL. Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. *Journal of psychiatric research* 2003; 37(4): 297-303.
- 73.** Lin PI, McInnis MG, Potash JB, Willour V, MacKinnon DF, DePaulo JR, et al. Clinical correlates and familial aggregation of age at onset in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163(2): 240-6.
- 74.** Manchia M, Lampus S, Chillotti C, Sardu C, Ardu R, Severino G, et al. Age at onset in Sardinian bipolar I patients: evidence for three subgroups. *Bipolar disorders* 2008; 10(3): 443-6.
- 75.** Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP, et al. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biological psychiatry* 2004; 55(9): 875-81.
- 76.** Schürhoff F, Bellivier F, Jouvent R, Mouren-Siméoni M-C, Bouvard M, Allilaire JF, et al. Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic-depressive illness? *Journal of affective disorders* 2000; 58(3): 215-21.
- 77.** Yildiz A, Sachs GS. Age onset of psychotic versus non-psychotic bipolar illness in men and in women. *Journal of affective disorders* 2003; 74(2): 197-201.

- 78.** Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T, Wilens TE, Wozniak J. Pediatric mania: a developmental subtype of bipolar disorder? *Biological psychiatry* 2000; 48(6): 458-66.
- 79.** Craney JL, Geller B. A prepubertal and early adolescent bipolar disorder-I phenotype: review of phenomenology and longitudinal course. *Bipolar Disorders* 2003; 5(4): 243-56.
- 80.** Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri. 9. Baskıdan alınmış Türkçe baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, 2005.
- 81.** Angst J, Gamma A, Sellaro R, Lavori P. Recurrence of BPD and major depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 236-240.
- 82.** Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ, Dibble E, et al. A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control probands. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 1157-1167.
- 83.** Werder SF. An update on the diagnosis and the treatment of mania in bipolar disorder. *Am Fam Physician* 1995; 51(5): 1126-1136.
- 84.** Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği. Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007.
- 85.** Köroğlu E. Duygudurum Bozuklukları: Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1996: 429-448.
- 86.** Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry* 2008; 192(5):368–375.
- 87.** Perugi G, Toni C. Bipolarity presenting as anxiety disorder. *Primary Psychiatry* 2004; 11: 31-35.
- 88.** Shear K. Anxiety and bipolar disorder. *Stanley Center Innovations for Participants* 1997; 20.

- 89.** Suppes T, Leverich GS, Keck PE, Nolen WA, Denicoff KD, Altshuler LL, et al. The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network: II. demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of affective disorders* 2001; 67(1): 45-59.
- 90.** McElroy SL, Freeman MP, Akiskal HS. The mixed bipolar disorders. *Bipolar disorders: Springer*, 2000: 63-87.
- 91.** Marneros A, Brieger P. Prognosis of Bipolar Disorder: A. *Bipolar disorders WPA series*. 2002; 5: 97-148.
- 92.** Turvey C, Coryell W, Solomon D, Leon A, Endicott J, Kelle M, et al. Long-term prognosis of bipolar I disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999; 99(2): 110-9.
- 93.** Winokur G, Turvey C, Akiskal H, Coryell W, Solomon D, Leon A, et al. Alcoholism and drug abuse in three groups bipolar I, unipolars and their acquaintances. *Journal of Affective Disorders* 1998; 50(2): 81-9.
- 94.** Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatric Services* 2001.
- 95.** Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *The American journal of psychiatry* 1995; 152(11): 1635.
- 96.** Dilsaver SC, Chen Y-W, Swann AC, Shoaib AM, Tsai-Dilsaver Y, Krajewski KJ. Suicidality, panic disorder and psychosis in bipolar depression, depressive-mania and pure-mania. *Psychiatry research* 1997; 73(1): 47-56.
- 97.** Fagiolini A, Kupfer DJ, Masalehdan A, Scott JA, Houck PR, Frank E. Functional impairment in the remission phase of bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2005; 7(3): 281-5.
- 98.** Tohen M, Waternaux CM, Tsuang MT. Outcome in mania: a 4 year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. *Archives of general psychiatry* 1990; 47(12): 1106-11.

- 99.** Sachs GS, Rush AJ. Response, remission, and recovery in bipolar disorders: what are the realistic treatment goals? *The Journal of clinical psychiatry* 2003; 64(suppl 6): 18-22.
- 100.** Keck Jr PE, McElroy SL, Strakowski SM, West SA, Sax KW, Hawkins JM, et al. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155(5): 646-52.
- 101.** Solomon DA, Leon AC, Endicott J, Coryell WH, Mueller TI, Posternak MA, et al. Unipolar mania over the course of a 20-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160(11): 2049-51.
- 102.** Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11. Baskıdan alınmış Türkçe baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2016.
- 103.** Sobczak S, Honig A, Riedel W. Acute tryptophan depletion in bipolar disorders; literature review and directives for further research. *Acta neuropsychiatrica* 2000; 12(03): 69-72.
- 104.** Ceylan M, Oral E. Duygudurum bozuklukları, Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri Kitabı, 4 Cilt, Birinci Baskı, İstanbul, 2001: 72-135.
- 105.** Yazıcı O, Kora K, Üçok A, Tunalı D, Turan N. Predictors of lithium prophylaxis in bipolar patients. *Journal of affective disorders* 1999; 55(2): 133-42.
- 106.** Vawter MP, Freed WJ, Kleinman JE. Neuropathology of bipolar disorder. *Biological psychiatry*, 2000; 48(6): 486-504.
- 107.** Kim Y-K, Myint A-M, Lee B-H, Han C-S, Lee S-W, Leonard BE, et al. T-helper types 1, 2, and 3 cytokine interactions in symptomatic manic patients. *Psychiatry research* 2004; 129(3): 267-72.
- 108.** Singh J, Quiroz J, Gould T, Manji H. Şiddetli duygudurum bozukluklarının moleküler ve hücrenel nörobiyolojisi (In: Stein D, Kupfer D, Schatzberg A , Oral T. eds.) *Duygudurum Bozuklukları* 1baskı İstanbul: Sigma Publishing; 192-218. 2007.

- 109.** Kupfer DJ ve ark. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet* 2012. 379: 1045-55.
- 110.** Harrison P. Neuropathological studies of bipolar disorder. *Acta Neuropsychiatrica* 2000; 12 (3): 96-98.
- 111.** Strakowski SM, DelBello MP, Adler C, Cecil KM, Sax KW. Neuroimaging in bipolar disorder. *Bipolar disorders* 2000; 2(3): 148-64.
- 112.** Terry J, Lopez-Larson M, Frazier JA. Magnetic resonance imaging studies in early onset bipolar disorder: an updated review. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* 2009; 18(2): 421-39.
- 113.** Köroğlu E. PsikoNozoloji: Tanımlayıcı klinik psikiyatri: Hekimler yayın birliği, 2004.
- 114.** Taner E, Yüksel N. Affektif Bozuklukların Genetiği 1998.
- 115.** Blackwood DH, Visscher PM, Muir WJ. Genetic studies of bipolar affective disorder in large families. *The British Journal of Psychiatry* 2001;v178(41): 134-6.
- 116.** Sourney D, Mussat I, Mendlewicz J. Genetics of BPD. *J Affect Disord* 2000; 18: 278-86.
- 117.** Bellivier F, Laplanche J-L, Schürhoff F, Feingold J, Féline A, Jouvent R, et al. Apolipoprotein E gene polymorphism in early and late onset bipolar patients. *Neuroscience letters* 1997; 233(1): 45-8.
- 118.** Holmes D, Brynjolfsson J, Brett P, Curtis D, Petursson H, Sherrington R, et al. No evidence for a susceptibility locus predisposing to manic depression in the region of the dopamine (D2) receptor gene. *The British Journal of Psychiatry* 1991; 158(5): 635-41.
- 119.** Bellivier F, NostenBertrand M, Leboyer M, Schurhoff F, Feingold J, Meloni R, et al., editors. Association between late-onset bipolar affective disorder and tyrosine hydroxylase gene polymorphism. *American Journal of Meddical Genetics*; 1997: Wiley-Liss Div John Wiley & Sons Inc, 605 Thrd Ave, New York, NY 10158-0012.

- 120.** Baron M, Hamburger R, Sandkuyl L, Risch N, Mandel B, Endicott J, et al. The impact of phenotypic variation on genetic analysis: application to X-linkage in manic-depressive illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990; 82(3): 196-203.
- 121.** Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. *Lancet* 2013; 381:1654.
- 122.** Kara B. Biçer Ü. Gökalp AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2004; 47; 140-151.
- 123.** Yurdakök K. Çocuk istismar ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. *Katkı Pediatri Dergisi* 2010; 32(5): 537-546.
- 124.** Pelendecioğlu B, Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzetBaysal Üniversitesi Dergisi* 2009; 9(1): 50-62.
- 125.** Cappelleri JC, Eckenrode J, Powers JL. The epidemiology of child abuse: Findings from the second national incidence and prevalence study of child abuse and neglect. *American Journal of Public Health* 1993; 83(11): 1622-1624.
- 126.** Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, Miral S, Hanci H, Ersahin Y, Tepeli N, Bulguc AG, Tiras B. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect* 2001;25: 279-290.
- 127.** Veltkamp J. Lane; Miller W. Thomas. *Clinical Handbook of Child Abuse and Neglect*. USA: International Universities Press,1994.
- 128.** Ekinci S. Fiziksel çocuk istismarı. *Katkı Pediatri Dergisi* 2010; 32(5): 625- 631.
- 129.** Runyan D, Corrine W, Gkeda R. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In world report on violence and health, World Health Organization, Geneva. 2002; 57-86.
- 130.** Yanık M, Özmen M. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihtmal yaşanyıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve disosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3: 140-146.

- 131.** Uğur Z. Bipolar affektif bozulukta bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 3. Psikiyatri Kliniği, 2010.
- 132.** Derman O. Adolesanlarda fiziksel ve duygusal istismar. *Katkı Pediatri Dergisi* 2010; 32(5): 633-636.
- 133.** Walker DE, Bonner LB, KaufmanLK. *The Physically and Sexually Abused Child. Evaluation and Treatment.*UK: Pergamon Books Inc, 1988.
- 134.** Knutson FJ. Psychological characteristics of maltreated children: putative risk factors and consequences. *Annu Rev Psychol* 1995,46:401-431.
- 135.** İşeri E. Cinsel İstismar. In: Çetin F, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N (eds), *Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı*, Ankara: HYB Yayıncılık, 2008; 470-477.
- 136.** Kanbur N, Akgül S. Adölesanlarda cinsel istismar ve pediatriğin rolü. *Çocuk İhmal ve İstismarı-I*, 2010; 32(4): 491-502.
- 137.** Glaser D, Treatment issues in child sexual abuse. *Br J Psychiatry* 1991;159:769-782.
- 138.** Özdemir DF. Cinsel istismar ve çocuk ruh sağlığı. *Katkı Pediatri Dergisi* 2010;32(5): 569-582.
- 139.** Özçelik B. Çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarının erişkin psikopatolojisi ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2002.
- 140.** Davis JL, Petretic-Jackson PA, The Impact of Child sexual abuse on adult interpersonal functioning: a review and synthesis of the empirical literature. *Agress Viol Behav* 2000;5(3):291-328.
- 141.** Topbaş M. İnsanlığın Büyük Ayıbı: Çocuk istismarı, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004;3(4):76-80.

- 142.** Kara B, Biçer B, Gökalp A, Çocuk istismarı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004;47:140-51.
- 143.** Yurdakök K, İnce O. Duygusal istismar ve ihmal. Katkı Pediatri Dergisi 2010;32(4): 423-433.
- 144.** Örsel S, Karadağ H, Karaoğlan Kahiloğulları A, Akgün Aktaş E. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011; 12: 130-136.
- 145.** Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. Br J Psychiatry 2010;197: 20-27.
- 146.** Aas, M., Henry, C., Andreassen, O.A., Bellivier, F., Melle, I., Etain, B., 2016a. The role of childhood trauma in bipolar disorders. Int. J. Bipolar Disord. 4 (1).
- 147.** Daruy-Filho, L., Brietzke, E., Lafer, B., Grassi-Oliveira, R., 2011. Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. Acta Psychiatr. Scand. 124 (6), 427–434.
- 148.** Fisher, H.L., Hosang, G.M., 2010. Childhood maltreatment and bipolar disorder: a critical review of the evidence. Mind Brain 1 (1), 75–85.
- 149.** Etain, B., Henry, C., Bellivier, F., Mathieu, F., Leboyer, M., 2008. Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. Bipolar Disord. 10 (8), 867–876
- 150.** Schreuder, M.M., Vinkers, C.H., Mesman, E., Claes, S., Nolen, W.A., Hillegers, M.H.J., 2016. Childhood trauma and HPA axis functionality in offspring of bipolar parents
- 151.** Heim, C., Nemeroff, C.B., 2001. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. Biol. Psychiatry 49 (12),1023 1039.

- 152.** Teicher, M.H., Andersen, S.L., Polcari, A., Anderson, C.M., Navalta, C.P., 2002. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr. Clin. N. Am.* 25 (2), 397.
- 153.** Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 121-125.
- 154.** Etain B, Aas M, Andreassen OA, et al. Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorders. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: 991-998.
- 155.** Erten E, Uney Kalkay AF, Saatçioğlu O, Ozdemir A, Fıstıkçı N, Çakmak D. Effects of childhood trauma and clinical features on determining quality of life in patients with bipolar I disorder. *J Affect Disord* 2014; 162: 107-113.
- 156.** Janiri, D., Sani, G., Danese, E., Simonetti, A., Ambrosi, E., Angeletti, G., Erbuto, D., Caltagirone, C., Girardi, P., Spalletta, G., 2015. Childhood traumatic experiences of patients with bipolar disorder type I and type II. *J. Affect. Disord.* 175, 92–97.
- 157.** Maniglio, R., 2013. Prevalence of child sexual abuse among adults and youths with bipolar disorder: a systematic review. *Clin. Psychol. Rev.* 33 (4), 561–573.
- 158.** Agnew-Blais, J., Danese, A., 2016. Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 3 (4), 342–349.
- 159.** Cakir, S., Tasdelen-Durak, R., Ozyildirim, I., Ince, E., Sar, V., 2015. Childhood trauma and treatment outcome in bipolar disorder. *J. Trauma Dissociation.*
- 160.** Bifulco A, Moran P. *Wednesday's Child: Research into Women's Experience of Neglect and Abuse in Childhood and Adult Depression.* London: Routledge,1998.
- 161.** Bowlby, J. *Attachment and Loss, Vol. 3: Loss: Sadness and Depression.* London: Pimlico, revised edition 1998.

- 162.** Ünal S. Panik bozukluğu ve major depresif bozuklukta bağlanma boyutlarının araştırılması. Uzmanlık tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 2012.
- 163.** Dönmez A. Bağlanma: Yakın ilişkilerle ilgili araştırmalar için bir çerçeve. Türk Psikoloji Bülteni 2000; 29(50): 16-17.
- 164.** Diehl M, Elnick AB, Bourbeau LS. Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. J Pers Soc Psychol 1998; 74: 1656-1669.
- 165.** Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. Journal of Personality and Social Psychology 1991; 61(2): 226-244.
- 166.** Bartholomew K, Shaver PR. Measures of attachment: Do they converge? JA. Simpson ve WS. Rholes (Ed.), Attachment theory and close relationships, New York: Guilford Press, 1998: 25-45.
- 167.** Fraley RC, Shaver PR. Adult attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. Review of General Psychology 2000;4: 132-154.
- 168.** Collins NL, Read SL. Cognitive representations of attachment: The structure and functions of working models. Bartholomew K, Perlman D(editors), Advances in personel relationships: Vol 5 Attachment processes in adulthood, Jessica Kingsley, London, 1994: 53-90.
- 169.** Overbeek ., Vollebergh W. Parental attachment and romantic relationships: Associations with emotional disturbance during late adolescence. J Couns Psychol 2003; 50(1): 28- 39.
- 170.** Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation, 1978.
- 171.** Wilson RJW, Davenport BR. Distinguishing between conceptualizations of attachment: Clinical implications in marriage and family therapy. Cont Fam Therapy 2003; 25(2): 179-193

- 172.** Aspelmeier JE, Kerns KA. Love and school: Attachment/ Exploration Dynamics in college. *J Pers Soc Psychol* 2003; 20(1): 5-30.
- 173.** Main M, Weston DR. The quality of the toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development* 1981; 52: 932-940.
- 174.** Pehlivan Türk B. Otistik bozukluğu olan çocuklarda bağlanma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(1): 56- 63.
- 175.** Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Frightening Maternal Behavior Linking Unresolved Loss and Disorganized Infant Attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67(1): 54-63.
- 176.** Hazan C, Shaver PR. Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 52(3): 511-524.
- 177.** Kesebir S, Kavzoğlu S, Üstündağ M. Bağlanma ve Psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşım* 2011; 3(2): 321-342.
- 178.** Venta A, Mellick W, Schatte D, Sharp, C. Preliminary Evidence that Thoughts of Thwarted Belongingness Mediate the Relations Between Level of Attachment Insecurity and Depression and Suicide-Related Thoughts in Inpatient Adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2014; 33(5):428-447.
- 179.** Kokcu, F., Kesebir, S., 2010. The relationship between attachment style, and temperament, personality and bipolar symptoms: a controlled study on bipolar patients and their children. *Turk. Psikiyatr. Derg.* 21 (4), 309–318.
- 180.** Nemiah JC. Dissociative disorders, In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4th ed. vol11. edited by Kaplan HI, Sac BJ, Baltimore, Wiliams & Wilkins, 1985; 942-957.
- 181.** Kızıltan E, Kundakçı T: Çoğul kişiliğin yüz yıllık serüveni. *Ege Psikiyatri Süreli Yayınları* Yaz 1998;3:(4):553-566.

- 182.** Tutkun H:Ruhsal travma ve dissosiyatif bozukluklar. Ege Psikiyatri Süreli Yayınları Yaz 1998;3:(4):579-598.
- 183.** Gabbard G O.: Dissociative Disorders. Psychodynamic psychiatry in clinical practice, American Psychiatric Press, Washington DC, Third edition, 2000, 267-297
- 184.** Ross CA: Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. Psychiatric Clinics of North America 1991: 14; 503-517.
- 185.** Yargıç Lİ: Dissosiyatif bozukluklarda klinik muayene: Semptomatoloji ve tanısal değerlendirme. Ege Psikiyatri Süreli Yayınları 1998 Yaz; 3(4):619-640.
- 186.** Şar V: Dissosiyatif kimlik bozukluğu: Tanı ve nozolojik sorunlar. Klinik Psikiyatri Dergisi 1998:1: (1);13-21.
- 187.** Putnam FW. Child development and Dissociation. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 1996; 5(2): 285-330.
- 188.** Akyüz G, Doğan O, Şar V ve ark. Frequency of dissociative identity disorder in the general population in Turkey. Comp Psychiatry 1999; 40: 151.
- 189.** Mula, M., Pini, S., Preve, M., Masini, M., Giovannini, I., Cassano, G.B., 2009. Clinical correlates of depersonalization symptoms in patients with bipolar disorder. J. Affect. Disord. 115 (1-2), 252-256.
- 190.** Mula, M., Pini, S., Calugi, S., Preve, M., Masini, M., Giovannini, I., Rucci, P., Cassano, G.B., 2010. Distinguishing affective depersonalization from anhedonia in major depression and bipolar disorder. Compr. Psychiatry 51 (2), 187-192.
- 191.** Beştepe E. 20 soruluk Toronto Aleksitimi Skalası: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Uzmanlık Tezi, Ankara Numune Hastanesi Psikiyatri Kliniği, 1997.
- 192.** Candansayar S. Genç Erişkin Sağlıklı Gönüllülerde Aleksitimi Prevalansı. XXIX. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Bursa: 29 Eylül-4 Ekim 1993:120. Z
- 193.** Zeitlin SB, Lane RD, O’Leary DS: Interhemispheric Transfer Deficit and Alexithymia, Am J Psychiatry, 1989; 146: (11),1434 -1439.

- 194.** Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE: Alexithymia: A View of The Psychosomatic Process, Modern Trends in Psychosomatic Medicine, Editör Hill OW, London, Butterworths, 1976; 3: 430 – 440.
- 195.** Stoudemire A. Somato Thymia, Part 1 and Part 2. Psychosomatics 1991; 32(4):365-381.
- 196.** Wolff H. The Contribution of The Interview Situation to Restriction of Fantasy Life and Emotional Experience in Psychosomatics Patients. Psychotherapy Psychosomatics 1977; 28: 58-67.
- 197.** Koçak R. Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2002; 35(1-2): 183-212.
- 198.** Beck JS. Cognitive Therapy. Basics and Beyond. New York: The Guilford Press 1995.
- 199.** Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. Psychosomatics 1991; 32: 153-164.
- 200.** Dereboy IF. Aleksitimi: bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 1990;1: 157–165.
- 201.** Çeçen H. Panik bozukluk hastalarında aleksitimi, anksiyete duyarlılığı, sirkadiyen tercihler ve biyokimyasal ölçümlerin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 2015.
- 202.** Graeme J, Taylor James DA, Parker R, Bagby RM, Marvin W, Alexithymia and Somatic Complaints in Psychiatric Out-Patients, J Psychosom Res, 1992;36: 417-424.
- 203.** Karayağız Ş, Baştürk M. Bipolar ve unipolar depresyonda aleksitimi düzeyleri ve depresif belirti şiddetiyle yaşam kalitesi üzerine etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2016; 17CS: 362-368.
- 204.** Yılmaz O. Bipolar affektif bozukluk hastalarında çocukluk çağı travmaları, aleksitimi ve dissosiyatif belirtilerin sıklığı ve diğer klinik özelliklerle ilişkisi.

Uzmanlık Tezi, İstanbul: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Servis Şefliği, 2010.

205. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E: DSM - IV Eksen – I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması, şlaç Tedavi Dergisi, 1999;12 : 233 – 236.

206. Hamilton, M. (1967) Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychology 6: 278-296.

207. Akdemir A, Orsel S, Dağ Đ ve ark. (1996) Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDO)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. 3P Dergisi 4 (4): 251-259

208. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. The British journal of medical psychology. 1959;32(1):50-5. 99.

209. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, derecelendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türkiye Psikiyatri Dergisi.1998;9: 114-7

210. Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E: Young Mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 13:107-114

211. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Neglect 2003; 27(2): 169-90.

212. Şar V, Ozturk E, İkikardes E. Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. Turk Klin Tip Bilim. 2012; 32(4): 1054-63.

213. Bernstein EM, Putnam PW. Development, reliability and validity of a dissociation scale. The Journal of Nervous and Mental Disease 1986; 174: 727-735.

214. Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. Towards the development of a new self-report alexithymia scale. Psychother Psychosom, 1985; 44: 191–199.

- 215.** Yenier DÖ, Üsübütün S, Göka E, Belirti yorumlama ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15: 26–40.
- 216.** Sayar K, Güleç H, Ak I. Yirmi Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin Güvenirliği ve Geçerliliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı, 2001; 109.
- 217.** Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In Simpson JA, Rholes WS (Eds), Attachment theory and close relationships, New York, Guilford 1998: 46-76.
- 218.** Selçuk E, Günaydin G, Sumer N, Uysal A. The psychometric evaluation of Experiences in Close Relationships - Revised (ECR-R) on a Turkish sample. Turkish Psychological Articles 2005; 8: 1-11.
- 219.** Joyce PR. Parental bonding in bipolar affective disorders. J Affect Disord 1984;7(3-4):319-324.)
- 220.** Romero S, Birmaher B, Axelson D, Goldstein T, Goldstein BI, Gill MK. et al. Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder. J Affect Disord 2009; 112: 144-150.
- 221.** Tekin A, Demiryürek EA, Güleken MD, Bakım B. Investigation of the comorbidity of dissociative disorders in patients with bipolar disorder. The European Research Journal. 2018 Published online: DOI: 10.18621/eurj.412272.
- 222.** Arık Binbay D. Bipolar I bozukluk hastalarında şiddetli çocukluk çağı travmasının hastalık özellikleri üzerine olan etkisinin incelenmesi[uzmanlık tezi] İzmir; Ege üniversitesi;2009
- 223.** Leverich GS, Perez S, Luckenbaugh DA, Post RM: Early psychosocial stressors: relationship to suicidality and course of bipolar illness, Clinical Neuroscience Research, 2002; 2:161-170.
- 224.** Kefeli MC, Turow RG, Yıldırım A, Boysan M. Childhood maltreatment is associated with attachment insecurities, dissociation and alexithymia in bipolar disorder. Psychiatry Research 2018;260:391-399.

- 225.** Hariri AG, Gulec MY, Oregul FF, Sumbul EA, Elbay RY, Gulec H. Dissociation in bipolar disorder: Relationships between clinical variables and childhood trauma. *J Affect Disord.* 2015; 184:104-110.
- 226.** Latalova K, Prasko J, Pastucha P, Grambal A, Kamaradova D, Diveky T. et al. Bipolar affective disorder and dissociation--comparison with healthy controls. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2011; 155(2): 181-186
- 227.** Mulder RT, Beautrais AL, Joyce PR et al. Relationship between dissociation childhood sexual abuse childhood physical abuse and mental illness in a general population sample. *Am J Psychiatry* 1998;155:806–811.).
- 228.** Yılmaz T. bipolar bozuklukta çocukluk çağı travmalarının klinik özelliklerle ilişkisi [uzmanlık tezi] Samsun; On Dokuz Mayıs üniversitesi;2014)
- 229.** Smith GR. Alexithymia in Medical Patients Referred to A Consultation - Liaison Service. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 99 -101.)
- 230.** Celikel FC, Kose S, Erkorkmaz U, et al. Alexithymia and temperament and character model of personality in patients with major depressive disorder. *Compr Psychiatry* 2010; 51(1): 64-70.
- 231.** Hund AR, Espelage DL: Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress, *Child abuse and neglect*, 2006; 30: 393-407.)
- 232.** Kooiman CG, van Rees Vellinga S, Spinhoven P, Draijer N, Trijsburg RW, Rooijmans HG: Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood, *Psychother Psychosom*, 2004; 73: 107-116.

10.EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!...]

Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

1.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Adı: Bipolar affektif bozukluk hastalarında çocukluk çağı travması, disosiyasyon, bağlanma ve aleksitimi ilişkisi

Araştırmanın İçeriği: Bipolar affektif bozukluk hastalarında çocukluk çağı travması, disosiyasyon, bağlanma ve aleksitimi ilişkisinin incelenmesi

Araştırmanın Amacı: Bu çalışmada Bipolar Affektif bozukluk tanılı hastalarda çocukluk çağı travmaları, aleksitimi, disosiyasyon ve bağlanma tipleri arasındaki ilişkinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırmak suretiyle araştırılması planlanmıştır.

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 6 ay

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 200

Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi:

Bipolar affektif bozukluk tanısı ile değerlendirmeye alınan hastaların ek psikiyatrik rahatsızlığının olmaması ve bipolar bozukluk tanısının netleştirilmesi amacıyla SCID-I uygulanacaktır. Hastaların belirtilerinin kontrol altında olduğunu göstermesi amacıyla araştırmacı tarafından Hamilton depresyon ölçeği (HDÖ) ve Young mani ölçeği (YMÖ) uygulanacaktır. Aktif rahatsızlık belirtisi olmayan hastalar çalışmaya dahil edilecektir. Kaygı ve endişe düzeyini belirlemek amacıyla Hamilton anksiyete ölçeği yine araştırmacı tarafından hastalara ve kontrol grubuna uygulanacaktır. Hastalar için kimlik bilgilerini, hastalığın başlangıç yaşını, hastane yatış öyküsünü, geçirdiği atak sayısını, hastalığın klinik gidişini, tedavisini ve aile öyküsünü sorgulayan veri formu araştırmacı tarafından kaydedilecektir. Sonrasında hastalar tarafından Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20=TAÖ) ve Yakın ilişkileri Yaşantılama Envanteri-II (YIYE-II) özbildirim ölçekleri doldurulacaktır.

Sağlıklı kontrol grubunda psikiyatrik rahatsızlığın olmadığını gösterilmesi için araştırmacı tarafından SCID-I uygulanacaktır. Hamilton anksiyete ölçeği, Hamilton

Depresyon ölçeği ve kimlik bilgileri için veri formu araştırmacı tarafından doldurulacaktır. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ), 20 soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20 =TAÖ) ve Yakın ilişkileri Yaşantılama Envanteri-II (YIYE-II) özbildirim ölçekleri doldurtulacaktır.

2.ARAşTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar çocukluk çağı travmasının ve diğer faktörlerin hastalığın seyri, süreci ve klinik belirtilere etkisi olup olmadığını bulmak ve ileride ilgili hastalıktan etkilenmiş bireylere fayda sağlamaktır.

3.GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŐILAŐABİLECEĐİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:

Çalışmaya bağlı istenmeyen hiçbir yan etki yoktur.

4.GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAşTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:

Şu anda bu çalışmanın hemen size bir fayda olarak dönüp dönmeyeceğini bilmiyoruz. Ancak ilgili hastalığın etkilerinin öğrenilmesi tedavide yeni yaklaşımlara ve ileride ilgili hastalıktan etkilenmiş bireylere fayda sağlayacaktır.

5.GEBELİK

Çalışmaya gebe hasta alınsa bile sadece görüşme ile uygulanacak ölçeklerin gebeliği açısından herhangi bir sorun yaratmayacaktır.

6.ARAşTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŐİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME

Yukarıdaki araştırmada uygulanacak tetkik ve tedaviye yönelik girişimler dışında hastalığımla ilgili başka uygun yöntemlerin var olduğunu, ancak bu araştırmada uygulanmayacağını öğrendim. Eğer yukarıdaki çalışmaya katılmayı kabul etmezsem sözü edilen öteki tedavileri alma hakkına sahip olduğumun bilincindeyim.

7.ARAşTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI

Uygulama esnasında doktorunuz sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

8.ARAşTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

9.ARAşTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

10.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için ya da araştırma dışı bir ilaç almak durumunda kaldığınızda aşağıdaki doktor ile irtibat kurabilirsiniz.

Dr. Mustafa Kurt

1.Telefon:0232 244 44 1320

11.ZARARLARIN KARŞILANMASI:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı / doktor tarafından yerine getirileceği, çalışma ilacı ya da uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür tıbbi zarara karşı güvencede olduğum, masraflarımın araştırmacı tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

12.GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA:

a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

c. Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

13.GİZLİLİK:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır

14.ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu** kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak

açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma yeterli cevaplar aldım.

Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı- Doktorun

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek-2: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

HASTA NO:

YAŞI:

CİNSİYETİ:

1.KADIN

2.ERKEK

MEDENİ DURUMU:

1.HİÇ EVLENMEMİŞ

2. EVLİ

3.BOŞANMIŞ VEYA AYRI YAŞIYOR

4.DUL

ÇOCUK SAYISI:

EĞİTİM SÜRESİ:

İŞ:

1.ÇALIŞMIYOR

2.ÇALIŞIYOR 3.EMEKLİ

4.ÖĞRENCİ

5.MALULEN EMEKLİ

HASTALIK BAŞLANGIÇ YAŞI:

HASTALIK SÜRESİ:

HASTANEYE İLK YATIŞ YAŞI:

YATIŞ SAYISI:

İLK ATAK TİPİ:

GEÇİRDİĞİ ATAK SAYISI:

PSİKOTİK BELİRTİLİ ATAK:

1.YOK

2.VAR

AİLE ÖYKÜSÜ:

1.YOK

2.VAR

SUİCİD GİRİŞİMİ:

1.YOK

2.VAR

ALKOL KULLANIMI:

1.YOK

2.VAR

MADDE KULLANIMI:

1.YOK

2.VAR

EN SON KULLANMAKTA OLDUĞU TEDAVİ:

Telefon numarası:

Ek-3: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0(Çeviren: © Vedat Şar,1996, 2012)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
3. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
7. Sevdiğimi hissediyordum.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
11. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklaroluyordu.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık
13. Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

16. Çocukluğum mükemmeldi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.,

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorlad

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık 1.

24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürececek birisi vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

Ek-4: Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olan yirmi sekiz sorudan oluşmaktadır. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Cevap verirken alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları dikkate katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve çizgi üzerinde uygun düşen yere örnekte görüldüğü gibi bir işaret koyunuz.

1. Bazı insanlar, araba kullanırken (ya da yolculuk sırasında) yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden fark ederler bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri yerlerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

6. Bazı insanlar zaman zaman yanlarına gelerek başka bir isimle hitap eden ya da önceden tanıştıkları konusunda ısrar eden tanımadıkları kişilerle tanışır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

7. Bazı insanlar zaman zaman kendilerinin yanı başında duruyor ya da kendilerinin bir şey yaparken seyrediyor ve sanki kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

8.Bazı insanlar arkadaşlarıyla ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarını söyledikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

9.Bazı insanlar yaşadıkları kimi önemli olayları (mesela nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını fark ederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlama durumunun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

10.Bazı insanlar zaman zaman yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda başkaları tarafından yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

11.Bazı insanlar kimi zaman aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

12.Bazı insanlar kimi zaman diğer insanların eşyalarını ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

13.Bazı insanlar kimi zaman, vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

14.Bazı insanlar zaman zaman, geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki olayı yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

15.Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin gerçekten mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

16.Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

17.Bazı insanlar, televizyon ya da film seyrederken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olup bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

18.Bazı insanlar zaman zaman, kendilerini kafalarında kurdukları bir fantezi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

19.Bazı insanlar, ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

20.Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiçbir şey düşünmeksizin zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

21.Bazı insanlar yalnız olduklarında zaman zaman yüksek sesle kendi kendilerine konuştuklarını fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

22.Bazı insanlar kimi zaman, iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

23.Bazı insanlar, normalde güçlük çekebilecekleri bir şeyi (mesela spor türleri, iş, sosyal ortamlar gibi) belirli durumlarda son derecede kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini fark ederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

24.Bazı insanlar kimi zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı akıllarından geçirmiş olduklarını mı (mesela bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece

atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

25.Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

26.Bazı insanlar zaman zaman, eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

27.Bazı insanlar zaman zaman kafalarının içerisinde, belirli bir şeyi yapmasını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerinde yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

28.Bazı insanlar zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki; insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu 100 üzerinden değerlendirerek çizgi üzerinde işaretleyiniz.

%0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

Ek-5: Toronto Aleksitimi Ölçeği

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz. Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlenmeyi yeğlerim.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

6- Keyfim kaçtığımda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

11- İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Her zaman(5)

13- İimde ne olup bittiğini bilmiyorum.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Herzaman(5)

14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Herzaman(5)

15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Herzaman(5)

16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Herzaman(5)

17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Herzaman(5)

18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Herzaman(5)

19- Kişisel sorunlarımı zerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Herzaman(5)

20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.

Hiçbir zaman(1) Nadiren(2) Bazen(3) Sık sık(4) Herzaman(5)

Ek-6: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II

Aşağıdaki maddeler romantik ilişkilerinizde hissettiğiniz duygularla ilgilidir. Bu araştırmada sizin ilişkinizde yalnızca şu anda değil, genel olarak neler olduğuyla ya da neler yaşadığınızla ilgilenmekteyiz. Maddelerde sözü geçen "birlikte olduğum kişi" ifadesi ile romantik ilişkide bulunduğunuz kişi kastedilmektedir. Eğer halihazırda bir romantik ilişki içerisinde değilseniz, aşağıdaki maddeleri bir ilişki içinde olduğunuzu varsayarak cevaplandırınız. Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılardaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Hiç Kararsızım/Fikrim Yok Tamamen
Katılmıyorum Katılıyorum

1. Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissederim.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği kaygısına kapılırım.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemseyemediğim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

10. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

11. İlişkilerimi kafama çok takarım.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

14. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

15. Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

16. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

17. Birlikte olduğum kişinin beni terk edeceğinden pek endişe duymam.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

18. Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

19. Romantik ilişkide olduğum kişi kendimden şüphe etmeme neden olur.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

20. Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

21. Terk edilmekten pek korkmam.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

22. Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

23. Birlikte olduğum kişinin, bana benim istediğim kadar yakınlaşmak istemediğini düşünürüm.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

24. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

25. Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularımı sebepsiz yere değiştirirler.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

26. Başımdan geçenleri birlikte olduğum kişiyle konuşurum.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

27.Çok yakın olma arzumu bazen insanları korkutup uzaklaştırır.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

28.Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissederim.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

29.Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıktan sonra, “gerçek ben”den hoşlanmayacağından korkarım.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

30.Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanma konusunda rahatımdır.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

31.Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkelenendirir.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

32.Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip inanmak benim için kolaydır.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

33.Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

34.Birlikte olduğum kişiye şefkat göstermek benim için kolaydır.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

35.Birlikte olduğum kişi beni sadece kızgın olduğumda önemser.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

36.Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Ek-7: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok
1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok
1. Kendini enerjik hissetme
2. Canlılık; jestlerde artış
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok
1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor
1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İritabilite

0. Yok
2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor

8. Düşmanca. iş birliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok

2. Kendini konuşkan hissediyor

4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı

6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma

8. Basınçlı. durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok

1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış

2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması

3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali

4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal

2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar

4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar

6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri

8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın

2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor

4. Tehdide varacak derecede talepkar

6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç

8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım

1. Hafif derecede dağınıklık

2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması

3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj

4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) içgörü

0. İçgörsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor

1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor

2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor

3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor

4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor



Ek-8:Hamilton Aksiyete Değerlendirme Ölçeği

0. Yok

1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)

2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)

3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)

4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirci)

1. ANKSİYETELİ MİZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş. 0-1-2-3-4

2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe. 0-1-2-3-4

3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan. 0-1-2-3-4

4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları. 0-1-2-3-4

5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması 0-1-2-3-4

6. DEPRESİF MİZAÇ: İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar. 0-1-2-3-4

7. BEDENSEL(Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonu. 0-1-2-3-4

8. SOMATİK (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu. 0-1-2-3-4

9. KARDİYOYASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller. 0-1-2-3-4

10. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne. 0-1-2-3-4

11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon. 0-1-2-3-4

12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans. 0-1-2-3-4

13. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması. 0-1-2-3-4

14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırıma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus. 0-1-2-3-4

Ek-9:Hamilton Depresyon Değerlendirme leği

1.DEPRESİF DUYGUDURUM (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0 =Yok

1=Sadece soruları yanıtlarken anlaşıyor

2=Hasta bu durumları daha açık şekilde söylüyor

3=Depresyonun sözel olmayan belirtilerini açıkça gösteriyor (postür, yüz ifadesi,ses,ağlama).

4=Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, sözel ve sözel olmayan yolla açıkça belirtiyor

2.SUÇLULUK DUYGUSU

0=Yok

1=Kendini suçlu bularak, insanları üzdüğünü hissediyor.

2=Gemişteki hatalar veya günahlara ilişkin suçluluk düşünceleri var.

3=O anki hastalığını bir ceza olarak kabul ediyor, suçluluk sanrıları var.

4=Sulayıcı veya itham edici sesler duyuyor ve/veya tehdit edici görsel varsanılar görüyor.

3.İNTİHAR

0=Yok

1=Hayatın yaşamaya değmeyeceğini hissediyor

2=Ölmüş olmayı arzuluyor veya kendisi için olası her türlü ölümü düşünüyor

3=İntihar düşünceleri veya davranışı var

4=İntihar girişimi (herhangi bir ciddi girişim 4 puan olarak değerlendirilir).

4.UYKUYA DALMA GÜÇLÜĞÜ ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK

0=Uykuya dalmada herhangi bir güçlük çekmiyor

1=Son üç geceden en az birinde uykuya dalmadan önce, yarım saatten daha uzun süreyi yatakta geçiriyor.

2=Son üç geceden üçünde de uykuya dalmadan önce, yarım saatten daha uzun süreyi yatakta geçiriyor.

5.GECE YARISI UYANMA ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK

0=Yok

1=Son üç geceden en az birinde, gece boyunca huzursuz ve rahatsız olmaktan ykınıyor

2=Her gece uyanıyor (tuvalet gereksinimi dışında her yataktan kalkış 2 puan olarak değerlendirilir

6.SABAH ERKEN UYANMA ŞEKLİNDE UYKUSUZLUK

0=Yok

1=Sabahın erken saatinde uyanıyor, fakat tekrar uyuyor

2=Yataktan kalktıktan sonra tekrar uyuyamıyor.

7.İŞ VE AKTİVİTELERİ

0=Sorun yok

1=Aktiviteleriyle, işiyle ya da hobileriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor

2=Aktivite, hobiler veya işe duyulan ilginin kaybolması hasta bunu doğrudan kendi söyler

3=aktivitelere ayrılan zamanda veya üretkenlikte azalma. Hastane değerlendirmesinde,eğer hasta en az üç saatini aktivitelere(hastane işi veya hobileri) ayırmıyorsa 3 puan verin.

4=O an ki hastalığı nedeniyle çalışmayı bırakmış. Hastanede hasta servis işleri dışında hiçbir aktiviteye katılmıyorsa veya yardım almadan servis işlerini yapamıyorsa,4 puan ile değerlendirin.

8.RETARDASYON

(Düşünme ve konuşmada yavaşlama; konsantre olma yeteneğinin bozulması; motor aktivitenin azalması).

0=Normal konuşma ve düşünme.

1=görüşme sırasında hafif retardasyon gözleniyor

2=görüşme sırasında açıkça retardasyon gözleniyor.

3=Görüşme yapmakta güçlük çekiyor.

4=Tam stupor

9.AJİTASYON

0=Yok

1=Şüpheli veya hafif ajitasyon.

2=Eller saçlar vb.ile oynama

3=Ayakta dolaşma, sakin oturamama.

4=Ellerini ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak yeme.

10.PSİŞİK ANKSİYETE

0=Yok

1=Subjektif gerilim ve irrtabilite.

2=küçük şeylerden kaygı duyma.

3=Yüzde be konuşmada belirgin endişe ifadesi.

4=yaşamını belirgin olarak etkileyen sıkıntı ve korkularını anlatıyor.

11.SOMATİK ANKSİYETE

(Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik belirtiler: Gastrointestinal-ağız kuruluğu, gaz çıkarma, hazımsızlık, diyare, kramplar, geğirme. Kardiyovasküler-palpitasyonlar, baş ağrıları. Solunumla ilgili-hiperventilasyon,iç çekme.Sık idrara çıkma .Terleme

0= Yok

1=Hafif

2=Orta

3=Şiddetli

4=Çok şiddetli

12.SOMATİK SEMPTOMLAR – GASTROİNTESTİNAL

0=Yok

1=İştahsız, ancak hastane personelinin teşvikiyle yiyor. Karında şişkinlik.

2=Hastane personeli zorlamadan yemekte güçlük çekiyor. Gıda alımı azalmıştır.Kabızlıktan yakınıyor.

13.SEMOTAİK SEMPTOMLAR-GENEL

0=Yok

1=ekstremitelerde, sırtta veya başta ağırlık hissi. Sırt ağrıları,baş ağrıları ve kas ağrıları.Enerji kaybı ve yorgunluk hissi

2=Açıkça ve sürekli yorgun ve tükenmiştir veya belirgin bir yakınması vardır.

14.GENİTAL SEMPTOMLAR

(Libido kaybı, menstrüel bozukluklar gibi semptomlar).

0=Yok (cinsel ilgili ve aktivite her zaman ki gibidir).

1=hafif(cinsel istek ve zevk orta derecede azalmıştır).

2=Şiddetli(cinsel istek ve zevk açıkça yok)

15.HİPOKONDRIASİS

0=Yok

1=Vücut semptom ve işlevleriyle her zamankinden biraz daha fazla meşguldür.

2=fiziksel sağlığından belirgin olarak kaygılanmaktadır.

3=Bütün semptomların açıklayabilecek bir fizikler hastalığı olduğundan emindir(örneğin beyin timörü,kanser vb) Ancak sanrısız düzeyde değildir,ikna edilebilir.

4=Hipokondriak düşünceler sanrısız düzeydedir.

16-KİLO KAYBI

(A veya B değerlendirmesi yapın)

A. Anamneze göre değerlendirirken:

0=Kilo kaybı yok

1=Mevcut hastalığa bağlı olası kilo kaybı

2=kesin (hastaya göre) kilo kaybı

B. Haftalık ölçümlerde (doktor veya sağlık personeline yapılan)-Gerçek vücut ağırlığı değişiklikleri ölçülürken.

0=Haftada 0,5 kg'dan daha az kilo kaybı

1= Haftada 0,5 kg'dan fazla kilo kaybı

2=Haftada 1 kg'dan fazla kilo kaybı

17.İÇGÖRÜ

0=Depresif ve hasta olduğunun farkında

1=hastalığının farkında bunu kötü gıdalar iklim aşırı çalışma virüs dinlenme ihtiyacı gibi nedenlere bağlıyor

2=Hasta olduğunu tümüyle reddediyor.

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Karar Formu

(İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR)

Sayın Doç. Dr. Demet GÜLPEK

Karar No: 209
Tarih : 23.05.2018

KARAR

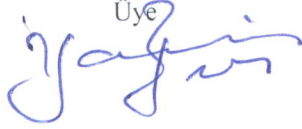
Bipolar affektif bozukluk hastalarında çocukluk çağı travması, disosiyasyon, bağlanma ve aleksitimi ilişkisi adlı araştırma başvuru dosyanız kurulumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde **etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına** toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oy birliği** ile karar verilmiştir. Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Orhan GÖKALP
Başkan

Doç. Dr. Serdar BAYATA
Başkan Yardımcısı



Prof. Dr. Yasemin TOKEM
Üye

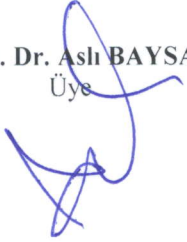


Prof. Dr. Belde Kasap DEMİR
Üye



Doç. Dr. Özgür TOSUN
Üye

Doç. Dr. Aslı BAYSAL
Üye



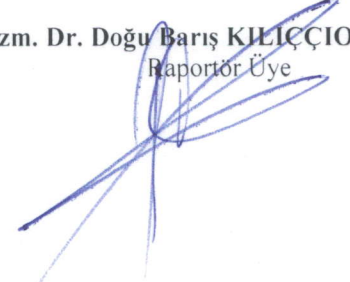
Uzm. Dr. Ayşenur ATAY
Üye



Dr. Mehmet ERTAN
Üye



Uzm. Dr. Doğu Barış KILIÇÇIOĞLU
Raportör Üye



0457

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ UNIVERSITY
Non-Interventional Clinical Studies
Institutionel Review Board

To : Demet GÜLPEK, MD
From : Assoc. Prof. Orhan GÖKALP, MD, Chair
Date : 23.05.2018
IRB # : 209

Study Title : Childhood trauma, dissociation, attachment and alexithymia in bipolar affective disorder patients.

At its board meeting **23.05.2018** your submission for the above referenced research study has received review and approval from İzmir Kâtip Celebi Non-Interventional Clinical Studies Institutional Review Board.

Assoc. Prof. Orhan GÖKALP

Chair
