



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE BİPOLAR BOZUKLUK
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**SADAKAT POSTACI
UÇAR**

**YÜKSEK LİSANS
TEZİ**

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Semra BARIPOĞLU

İstanbul - Ocak, 2016

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE BİPOLAR BOZUKLUK
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**SADAKAT POSTACI
UÇAR
(124102038)**

**YÜKSEK LİSANS
TEZİ**

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Semra BARIPOĞLU

İstanbul - Ocak, 2016



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 124102038
Öğrenci Adı Soyadı	: SADAKAT POSTACI UĞAR
Anabilim Dalı	: KLİNİK PSİKOLOJİ
Tez Danışmanı	Yrd. Doç. Dr. SEMRA BARIP OĞLU
Tezin Başlığı	: GÖÇÜKÜK GAGI TRAYMA VE BİPOLAR BOZUKUŞUK

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	23.02.2016	Saati	17:30
-----------------	------------	-------	-------

Öğrenci Savunmaya : GELDI

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BIRLIGI OY ÇOKLUGU

- Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez **KABUL** edilmiştir.
- Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ** için ay **EK SÜRE** verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)
- Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin **REDEDEDİLMESİ** kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı : Değişmedi. Değişti.

Tezin Yeni Başlığı :

Öğrenci Savunmaya : GELMEDI

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BIRLIGI ile **REDEDEDİLMİŞTİR.**

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Yrd. Doç. Dr. Semra Baripoğlu	
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Semra Baripoğlu	
Üye	Dr. Zeynep Kaya	
Üye	Dr. Sema Zeynep Memiş	
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları (form YL-13) gerekir.)

Tarih : 23.02.2016..

Sayı No :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

.....
Anabilim Dalı Başkanı

Not: Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

Yemin Metni

Yüksek Lisans Tezi olarak Sunduğum “ ÇOCUKLUK ÇAğI TRAVMALARI VE BİPOLAR BOZUKLUK İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düŐecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden olduğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmıŐ olduğunu belirtir ve onurumla doğrularım.

Tarih: 15.03.2016

Sadakat Postacı Uçar

İmza



ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR

Gelişim sırasında yaşanan olumsuz deneyimlerin yetişkinlikte ruhsal ve fiziksel bozukluklar geliştirmede bir yatkınlık unsuru olabildiği bilinmektedir. Anksiyete, duygudurum, disosiyatif ve somatizasyon bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozuklukla çocukluk çağı travması arasında bir ilişki olduğu; olumsuz deneyimlere maruz kalan çocukların depresyon, anksiyete bozuklukları ya da her ikisinin gelişimi açısından artmış risk altında olduğu belirtilmektedir. Literatüre bakıldığında bipolar bozukluğu olan hastalarda da yüksek oranda çocukluk çağı travma öyküsüne rastlanmaktadır. Bu çalışmada da bipolar bozukluğu ile çocukluk çağı travması arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Öncelikle, bu araştırmanın planlanmasında desteklerini gördüğüm disiplinli çalışma tarzı ile örnek aldığım, bu çalışmayı yapabilmem için gerekli olanakları sağlayan, sayın hocam Yard.Doç. Semra Baripoğlu'na teşekkürlerimi sunarım .

Çalışmalarım süresince maddi manevi her zaman desteğini gördüğüm dosttan çok öte olan H.Esra Bakır'a

Varlığıyla bana güç veren sevgili eşime en içten teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

Ayrıca araştırmanın yapıldığı NP hastanesi çalışanlarına, Çocuk ve Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümündeki tüm personele çalışmalarım sırasında göstermiş oldukları ilgi, destek ve anlayıştan dolayı teşekkür ederim.

Bu çalışma eşime ithaf olunmuştur...

ÖZET

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE BİPOLAR BOZUKLUK İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Postacı Uçar,
Sadakat

Yüksek Lisans Tezi, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Semra Baripoğlu

Epidemiyolojik araştırmalarda, Bipolar bozukluğun etiyolojisinde biyolojik ve genetik faktörlerin yanı sıra psikososyal stres faktörlerinin özellikle hayatın erken yıllarında yaşanan travmatik olayların hastalığın sadece ortaya çıkışını değil ilerleyen zamanlarda atakların şiddetini ve seyrini de etkilediği belirtilmektedir. Bu çalışmada Nöropsikiyatri İstanbul Hastanesi Erişkin Psikiyatri Birimine başvuran ve ‘Bipolar Bozukluk’ tanısı ile yatarak tedavi görmüş olan hastaların çocukluk çağı travma öyküsü sıklık ve şiddetinin normal popülasyonla karşılaştırılması ve hasta grubu verilerinin klinik değişkenler yönünden araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada, NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi’nde son iki yıl içinde DSM-IV e göre İki uçlu duygu durum bozukluğu, manik dönem tanısıyla yatarak tedavi gören, 18-65 yaş arası olgu ve bu grupla yaş, cinsiyet ve öğrenim düzeyi yönünden eşleştirilmiş olan normal kontrol grubu değerlendirilmiştir. Olgulara ait veriler dosyalarının geriye dönük taranması ile elde edilmiştir. Kontrol grubuna bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmış ve ölçekler verilmiştir. Dışlama ölçütlerine göre 50 olguya ait veriler değerlendirmeye alınmıştır. Olgu ve kontrol grubunun Çocukluk Çağı Travma Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. Yatış döneminde manik belirtilerin şiddetini değerlendirmek için Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) puanları dikkate alınmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: ÇÇTÖ toplam puanlarına bakıldığında; araştırmaya katılan hasta ve kontrol grubunun ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olup ($p=0.000<0,05$) hasta grubun puanları ($x=43,720$) kontrol grubunun

puanlarından($x=33,526$) yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde gruplar ölçek alt puanları açısından karşılaştırıldığında; duygusal ihmal ($p=0.027<0,05$), fiziksel istismar ($p=0.006<0,05$), duygusal istismar ($p=0.000<0,05$) ve cinsel istismar ($p=0.003<0,05$) puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olup hasta grubun puanları kontrol grubunun puanlarından yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Elde edilen bulgular çocukluk çağı ihmal ve istismarının Bipolar Bozukluğun gelişiminde dikkate değer bir rol oynayabileceğine işaret etmekte, bu konunun daha geniş hasta gruplarıyla ve uzunlamasına klinik çalışmalarla araştırılmaya devam edilmesi gerekliliğini göstermektedir.



ABSTRACT

CHILDHOOD TRAUMAS AND BIPOLAR DISORDER

Postacı, Sadakat

Master's Thesis, Institute of Social Sciences Department of Clinical Psychology
Administration

Thesis Counselor: Assistant Pofessor of Dr. Semra Baripoğlu

Epidemiological researches are stated that even though biological and genetic factors are important in the etiology of bipolar disorders, psychosocial factors and traumatic events experienced in the early years of the life effect the emergence of diseases as well as the severity and course of the attacks which occur later on. In this research, people who were admitted to adult psychiatric unit of Istanbul Neuropsychiatry Hospital and have received treatment with the diagnosis 'Bipolar Disorder' and their childhood trauma, its frequency and intensity are aimed to compare with the normal population and investigate variables of patient groups in terms of clinical data.

Method: In this research, sample group have been chosen between the ages of 18-65 years who were hospitalized with a diagnosis of bipolar affective disorder, according to DSM-IV, at NP Istanbul Neuropsychiatry Hospital in the last two years. These cases and normal control group which matched for age, gender and education level were evaluated. Data of the cases were obtained by retrospective analysis of files. Informed consent form was signed and scales are given to the control group. According to the exclusion criteria, data of 50 cases have been evaluated. Childhood Trauma Questionnaire scores of the case and control groups were compared. During hospitalization, Young Mania Rating Scale (YMRS) scores have been taken into account to assess the severity of manic symptoms. The data obtained from this study were analyzed by SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version software Windows 22.0.

Findings: when ÇCTÖ total score examined; the difference between the average of the surveyed patients and control groups is statistically significant ($p = 0.000 < 0.05$), scores of patients ($x = 43,720$) were found higher than the score of the control group ($x=33,526$). Similarly, when the groups compared in terms of sub- scale scores; between the difference of the mean scores of emotional neglect ($p = 0.027 < 0.05$), physical abuse ($p = 0.006 < 0.05$), emotional abuse ($p = 0.000 < 0.05$) and sexual abuse ($p = 0.003 < 0.05$) are statistically significant, scores of the patient group were higher than the scores of the control group.

Conclusion: The findings point that childhood abuse and neglect may play a remarkable role for the development of bipolar disorder, demonstrated necessity of continue to investigate this issue with larger groups of patients and the longitudinal clinical studies.

TABLO LİSTESİ

KISALTMA VE SEMBOLLER

n : Örneklem için gerekli birey sayısı

p ve q : Evrenin homojenlik seviyesi (Evren homojen olduğu için $p=0,9$ $q=0,1$ olarak alınmıştır.)

t: Araştırmada seçilen anlamlılık düzeyine göre t tablosundan elde edilen değer. (Sonsuz serbestlik derecesinde %5 hata payı kabul edilmiş ve $t=1.96$ olarak alınmıştır.)

α : Araştırmacının araştırmaya başlamadan önce kabul ettiği hata payıdır. (Bu çalışmada 0,05 yani %0,75 değişim payı kabul edilmiştir)

f: Frekans

N: Örneklem sayısı

x: Aritmetik ortalama

SS: Standart Sapma

t: t testi sonucu elde edilen değer

APA: Amerikan Psikoloji Birliği

ICD: Uluslararası Hastalık Sınıflandırma Sistemi

RDC: Tanı Kriterlerini Araştırma

İçindekiler

Yemin Metni	I
<u>ÖNSÖZ / TEŞEKKÜR</u>	<u>II</u>
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	V
TABLO LİSTESİ.....	VII
KISALTMA VE SEMBOLLER	VII
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER.....	2
1.1.BİPOLAR BOZUKLUK.....	2
1.1.1.Bipolar Bozukluğun Kısa Tarihçesi	2
1.1.2.Tanı Ölçütleri	3
1.1.3. Etiyolojisi	5
1.1.3.2. Genetik ve Biyokimyasal Etkenler.....	5
1.1.3.2. Psikososyal Etkenler	6
1.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI	7
1.2.1. Çocukluk Travmalarının Psikiyatrik Etkileri	7
1.3.ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VE BİPOLAR BOZUKLUK	9
BÖLÜM 2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	11
2.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	11
2.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	11
2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	11
2.3.1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	11
2.3.2. CTQ Puanlarının Hesaplanması	12
2.3.3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği	13
BÖLÜM 3. BULGULAR	13
3.1.VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	13
3.2.HASTA VE KONTROL GRUPLARI ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	15
3.3.HASTA GRUBA İLİŞKİN BULGULAR	18
4. BÖLÜM: TARTIŞMA VE SONUÇ.....	40
SONUÇ VE ÖNERİLER	45

Araştırmanın Sınırlılıkları	47
KAYNAKÇA	49
EKLER:	53



GİRİŞ

Tarihsel açıdan bakıldığında insanlarda en sık görülen ve üzerine çokça tartışılmış duygu durum bozukluklarından biri de bipolar bozukluktur. Bipolar bozukluk, manik depresif bozukluk olarak da bilinen, iki zıt duygusal durum epizodları arasında seyreden, kişinin işlevselliğini büyük ölçüde etkileyen, kronik gidişli bir hastalıktır.

Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığının yaklaşık olarak %1-2 aralığında olduğu düşünülmektedir. Erkeklerde görülme sıklığı, kadınlardan daha fazla olan bipolar bozuklukta genetiğin önemli bir katkısı olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır ancak genetik geçişin biçimi henüz aydınlatılabilmemiş değildir. Biyokimyasal açıdan norepinefrin, dopamin ve serotonin aktivitesindeki düzensizliğin hastalığa neden olabileceğine dair yaklaşımlar ve çalışmalar da mevcuttur. Duygu durum bozukluklarında, ilk epizodun genellikle yaşanan bir stres ile tetiklenmesinden yola çıkarak, son zamanlarda bipolar bozukluğun psikososyal nedenleri üzerine de çalışmalar yapılmaya başlamıştır.

Gelişim sırasında yaşanan olumsuz deneyimlerin yetişkinlikte ruhsal ve fiziksel bozukluklar geliştirmede bir yatkınlık unsuru olabildiği bilinmektedir. Anksiyete, duygudurum, disosiyatif ve somatizasyon bozuklukları gibi bir çok psikiyatrik bozuklukla çocukluk çağı travması arasında bir ilişki olduğu; olumsuz deneyimlere maruz kalan çocukların depresyon, anksiyete bozuklukları ya da her ikisinin gelişimi açısından artmış risk altında olduğu belirtilmektedir. Literatüre bakıldığında bipolar bozukluğu olan hastalarda da yüksek oranda çocukluk çağı travma öyküsüne rastlanmaktadır.

Bu çalışmada da bipolar bozukluğu ile çocukluk çağı travması arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER

1.1.BİPOLAR BOZUKLUK

Bipolar bozukluk, DSM’de (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) duygu durum bozuklukları kategorisinde yer alan, depresyon dönemleri ile birlikte manik, hipomanik ya da depresyonla manik dönemi birlikte içeren karma dönemlerin yaşandığı kronik seyirli bir bozukluktur (Kulaksızoğlu ve ark., 2009). Önceleri psikoz-manyak-depresif olarak bilinen bu hastalığa günümüzde DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) nin de etkisi ile artık ‘iki uçlu duygu durum bozukluğu’ denilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Bipolar bozukluk, yüksek intihar girişim oranları, kötü akademik başarı, insanlarla sorunlu iletişim, yüksek madde kötüye kullanım oranları ve çok sayıda hastaneye yatış gibi çocuk, ergen ve yetişkinlerin hayatlarına ciddi biçimde zarar verebilen kronik bir süreçtir (Akiskal ve ark., 1985; Strober ve ark., 1995).

1.1.1.Bipolar Bozukluğun Kısa Tarihçesi

Mani ve depresyon arasındaki ilişki eski zamanlardan beri tartışılmalı bir konudur. Hipokrat, melankoliyi ‘uykusuzluk, iritabilite, iştahsızlık’ şeklinde tanımlamış ve ruhsal bozuklukların kaynağının insan vücudunda yer alan kan, sarı safra, kara safra ve balgam olduğunu ileri sürmüştür. Aristoteles ise melankolik rahatsızlıklar için beyin yerine kalbe odaklanmıştır (Altınbaş ve ark., 2011). Efes’te yaşamış Yunanlı bir doktor olan Soranus, mani ve melankolinin benzer ön belirtileri olan ve benzer tedaviler gerektiren farklı hastalıklar olduğuna inanmıştır. 1. yüzyılda İskenderiye’de yaşamış olan Aretaeus ise bugün iki uçlu bozukluk olarak tanımladığımız hastalığa en yakın tanımı yaparak mani ve melankolinin birbiriyle bağlantılı olduğunu belirten ilk kişidir. Ona göre mani ve melankoli, tek bir hastalığın farklı görünen iki yüzüdür (Angst ve Marneros, 2001).

Falret, 1850’lerde yaptığı boylamsal gözlemler sonucunda ‘folie circulaire’ (döngüsel delilik) kavramını ortaya atmış ve depresyon ile duygu durumun yükseldiği durumlar arasında bir ayırım yapmıştır. Benzer dönemde Baillarger, manik ve melankolik şeklinde döngüsel olan epizodları tanımlamak için ‘folie à double

forme' terimini kullanmıştır. 19.yy'a gelindiğinde ise modern psikiyatrinin babası olarak bilinen Emil Kraepelin, tüm duygulanım bozukluklarını 'manik depresif delilik' başlığı altında toplamıştır (Angst ve Sellaro, 2000).

1980 yılına gelindiğinde ise DSM III'ün yayınlanması ile "affektif bozukluklar" tanımı kabul edilmiş ve majör depresyon ile bipolar bozukluk arasında ayırım yapılmıştır (Işık, 2003).

DSM-IV'te duygudurum bozuklukları başlığı altında yer alan bipolar bozukluk, epizodların görülme şekline göre Bipolar I, Bipolar II, Siklotimik Bozukluk ve Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk olmak üzere dört gruba ayrılmıştır.

Bipolar bozukluğun prevalansı son çalışmalarda %1-2 arasında görülmekteyken, bipolar I bozukluğu için bu oran %1, bipolar II ve siklotimik bozukluk içinse %0.5 olarak bildirilmektedir (Kulaksızoğlu ve ark., 2009).

1.1.2.Tanı Ölçütleri

DSM IV TR (2000)'e göre Bipolar Bozukluk Sınıflandırması şu şekildedir:

Bipolar Bozukluk I : Bir ya da daha fazla manik ya da karma (mixt) tip dönem geçirilmesi.

Bipolar Bozukluk II : En az bir majör depresif dönem ile en az bir hipomanik dönemin varlığı

Siklotimik Bozukluk : Manik dönem ölçütlerine ulaşamayan (hipomanik) ve majör depresif dönem ölçütlerine ulaşamayan depresif belirtilerin, süregelen bir şekilde sürmesi.

Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk : Herhangi özgül bir bipolar bozukluğunun nun tanı ölçütlerini karşılamayan, bipolar özellikler gösteren bozukluklar.

Genel Tıbbi Duruma ya da Madde Kullanımına Bağlı Duygu durum Bozukluğu
Başka Türü Adlandırılmayan Duygu durum Bozukluğu : Duygu durumu belirtileriyle giden ancak herhangi özgül bir duygu durum bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamayan bozukluklar.

Burada sözü edilen majör depresif, manik ve hipomanik epizodlara ait tanı ölçütleri sırasıyla Tablo 1, Tablo 2 ve Tablo 3’de yer almaktadır.

Tablo1. DSM IV-TR Majör Depresif Epizod Tanı Ölçütleri

- A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygu durum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.
- 1) Hastanın ya kendisinin bildirmesi (örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum.
 - 2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)
 - 3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun % 5’inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının azalmış ya da artmış olması.
 - 4) Hemen her gün, uykusuzluk ya da aşırı uyku olması.
 - 5) Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması.
 - 6) Hemen her gün, yorgunluk – bitkinlik ya da enerji kaybının olması.
 - 7) Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması.
 - 8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık.
 - 9) Yenileyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen özkıyım düşünceleri, öz kıyım girişimi ya da öz kıyım için özgül bir tasarımın olması.

Tablo2. Manik Dönem DSM – IV- TR Tanı Ölçütleri

- A. En az 1 hafta süreyle (hastaneye yatış gerekiyorsa süreye bakılmaksızın) anormal ve sürekli şekilde yükselmiş, öforik ya da irritable ayrı bir duygu durum döneminin varlığı.
- B. Duygu durum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden en az 3’ünün (duygu durum yalnızca irritable ise 4’ünün) önemli derecede ve sürekli varlığı.
- 1) Abartılı yükselmiş benlik değeri duygusu ya da grandiyözite.
 - 2) Uyku gereksiniminde azalma.
 - 3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da basınçlı konuşma.
 - 4) Fikir uçuşması ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi peşi sıra gelmesi.
 - 5) Distraktibilite, yani dikkatin önemsiz ya da konu dışı uyarılara kolayca çekilerek dağılabilmesi.
 - 6) Amaca yönelik etkinlik artışı (sosyal, iş, okul, ya da cinsel aktivitede) ya da psikomotor ajitasyon.
 - 7) Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk verici etkinliklere aşırı girme (örn. aşırı harcama, düşüncesizce cinsel ilişkiler ve iş yatırımları.)
- C. Belirtilerin karma (mikst) tip döneme uymaması.
- D. Duygu durum bozukluğunun iş yaşamı, sosyal etkinlik ve ilişkilerde önemli bozulmaya yol açacak ya da kendine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılmasını gerektirecek ağırlıkta ya da psikotik özellikte olması

Tablo3. Hipomanik Dönem DSM – IV- TR Tanı Ölçütleri

- A. Olağan, depresif olmayan duygu durumdan açıkça farklı, en az dört gün, gün boyu süren, sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl ayrı bir duygu durum döneminin olması.
- B. Duygu durum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden en az 3'ünün (duygu durum yalnızca irritabl ise 4'ünün) önemli derecede ve sürekli varlığı.
- 1) Abartılı yükselmiş benlik değeri duygusu ya da grandiyözite.
 - 2) Uyku gereksiniminde azalma.
 - 3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da basınçlı konuşma.
 - 4) Fikir uçuşması ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi peşi sıra gelmesi.
 - 5) Distraktibilite, yani dikkatin önemsiz ya da konu dışı uyaranlara kolayca çekilerek dağılabilmesi.
 - 6) Amaca yönelik etkinlik artışı (sosyal, iş, okul, ya da cinsel aktivitede) ya da psiko motor ajitasyon.
 - 7) Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk verici etkinliklere aşırı girme (örn. aşırı harcama, düşüncesizce cinsel ilişkiler ve iş yatırımları.)
- C. Bu dönem sırasında, kişinin semptomatik olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin bir değişiklik olur.
- D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarının da gözlenebilir düzeydedir.
- E. Bu dönem, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açacağı ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir ve psikotik özellikler göstermez.
-

1.1.3. Etiyolojisi

1.1.3.2. Genetik ve Biyokimyasal Etkenler

Bipolar bozukluk etiyolojisinde enfeksiyona neden olan ajanlar, doğum travmaları, çevresel etkenlerin etkisi olduğu öne sürülmektedir. Bozukluğun temelinde ise genetik yatkınlığın önemi ve etkisi olduğu kabul edilmektedir (Savaş ve Yumru, 2006). Özellikle 2000'li yıllarda gerçekleştirilen 'İnsan Genom Projesi' ile birlikte pek çok kromozomal bölgenin bipolar bozuklukla ilişkisi olduğu bulunmuştur. Yapılan aile çalışmalarında da bipolar bozukluğu olan hastaların akrabalarında hastalığın görülme riskinin 5-10 kat arttığı bildirilmektedir (Arısoy ve Oral, 2009).

Duygu durum bozukluklarının patofizyoloji ve tedavisinde norepinefrin, dopamin ve serotonin üzerinde durulmaktadır. Bipolar bozuklukta kullanılan tedavilerin etkilerinin incelenmesi yoluyla biyokimyasal anormallikler anlaşılmasına çalışılmaktadır. Manide norepinefrin aktivitesinde artış olduğu, davranışsal anormalliklerde serotonin ve aktivitesinin azaldığından söz edilmektedir (Akdemir,

2002). Yakın dönemdeki çalışmalarda da beyinde artmış olan dopamin aktivitesinin bipolarla ilişki olduğunun öne sürüldüğü görülmektedir (Goodwin ve Sachs, 2010).

Endokrin dizgenin de duygu durum bozukluklarında bir etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Özellikle stres karşısında verilen yanıtta önemli bir rol oynayan hipotalamus-hipofiz-böbreküstü bezi ekseninin rolü üzerinde durulmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Yapılan bir çok çalışmada duygu durum bozukluğu olan hastalarda bu endokrin eksenin fazla çalıştığı görülmüştür (Daban ve ark., 2005).

Genetiğin etkisinin büyük oranda kabul edildiği bozuklukta psikososyal ve çevresel etkenlerin de etkisini öne süren çalışmalar mevcuttur. Özellikle ilk birkaç hastalık döneminde genellikle tetikleyici bir psikososyal olayın saptandığı, genetik olarak var olan yatkınlığın dış bir olayla tetiklenerek, ilk hastalık dönemlerinin ortaya çıkmasına neden olduğu belirtilmektedir (Kulaksızoğlu ve ark., 2009).

1.1.3.2. Psikososyal Etkenler

Potansiyel risk faktörlerini belirlemek amacıyla bipolar bozukluğu olan bireylerle normal bireyleri karşılaştıran kesitsel ya da retrospektif çalışmalar sonucunda çevresel faktörler, bilişsel stiller ve gelişimsel geçmişin bipolar bozuklukla ilişkili olduğu görülmüştür (Alloy ve ark., 2005).

Psikososyal stresin ilk ve takip eden epizodların olasılığını arttırdığı görülmüştür. Çocukluğun erken dönemlerinde anne yoksunluğu, anne –babadan uzun süre ayrı kalma gibi nedenlerle bebeklikte yaşanan bir depresyonun yaşamın ileriki dönemlerinde yaşanılacak duygu durum bozukluğu için önemli bir yatkınlık kaynağı olduğu belirtilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin, kontrol grubuna göre daha fazla olumsuz yaşam olaylarına maruz kaldığı, daha az olumlu durumlar yaşadığı görülmüştür (aktaran Watson ve ark., 2013).

Çocukluk çağı istismarının psikopatolojik bozukluklarla ilişkisi olduğu, özellikle depresyon ve bipolar bozukluk üzerinde etkisi olduğu literatürde tanımlanmıştır ancak bipolar bozukluğa odaklanan çalışmalar daha azdır (Garno ve ark., 2005).

1.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Çocukluk çağı travması, çocuğu geçici olarak çaresiz hissettiren ve geçmişteki başa çıkma mekanizmalarını kıran ani ya da devam eden dışsal saldırı ya da darbe olarak tanımlanmıştır (Terr, 1991). Literatüre bakıldığında, çocukluk çağı travması çocuk istismarı ve ihmalini içeren bir tanımla sunulmaktadır. Buna göre çocuğun temel psikolojik ve duygusal ihtiyaçları ve temel ihtiyaçlarını sağlamada yetersizlik; çocuğa karşı sözel ya da bedensel saldırı ve çocukla cinsel temas çocukluk çağı travması olarak ele alınmaktadır (Browne ve Winkelman, 2007).

Dünya Sağlık Örgütüne göre, çocuğun kötüye kullanımı olarak da adlandırılan çocukluk çağı travması; çocuğun sağlık, gelişim ve itibarına potansiyel zarar ile sonuçlanan fiziksel, duygusal, cinsel istismar, tedavi ihmal ve çocuğun ihmalini kapsamaktadır.

Amerika'da her yıl yaklaşık 2.8 milyon çocuğun istismar edildiği tahmin edilmektedir (Morrow ve ark., 2012). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünyada 40 milyon çocuğun istismar ve ihmale uğradığı bildirilmektedir (Şimşek ve ark., 2004). Türkiye'de son yıllarda artan duyarlılıkla birlikte çocuk istismarı konusunda yapılan çalışmalar artmıştır. Ancak yine de resmi olarak istismar olgularının sıklığı ve dağılımı ile ilgili bir veri yoktur (Bahar ve ark., 2009). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılan 16 bin çocuktan %33.5'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (Bilir, 1986). Çocuk istismarı konusunda yapılan araştırmalarda duygusal istismarın %78 gibi bir oranla ilk sırada olduğu, fiziksel istismarın %24 ve cinsel istismarın %9 olduğu görülmüştür. Bir başka çalışmada da 7 – 14 yaş grubundaki çocukların %40'ı ebeveynlerinden dayak yediklerini belirtmişlerdir (aktarılan Turhan ve ark., 2006).

1.2.1. Çocukluk Travmalarının Psikiyatrik Etkileri

Gelişim sırasında yaşanan olumsuz deneyimler ileriki yaşamda karşılaşılan akut ya da kronik stres karşısında bir dizi ruhsal ve fiziksel bozukluklar geliştirmede bir yatkınlık unsuru olabilmektedir. Anksiyete, duygudurum, disosiyatif ve somatizasyon bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozuklukla çocukluk çağı travması arasında ilişki

vardır (Ellason ve Ross, 1997). Epidemiyolojik çalışmalar olumsuz deneyimlere maruz kalan çocukların depresyon, anksiyete bozuklukları ya da her ikisinin gelişimi açısından artmış risk altında olduğunu göstermektedir (Heim ve Nemeroff, 2001).

Amerika’da yapılan Ulusal Eşitlik Araştırmasında (Nationa Comorbidity Survey) çocukken cinsel istismara maruz kalmış bireylerde yaşam boyu psikiyatrik bozukluk prevalansının, cinsel istismara uğramamış bireylerden daha fazla olduğu görülmüştür (Molnar ve ark., 2001).

Çocukken cinsel istismara uğramış kadınlarla yapılan çalışmada, istismar öyküsü olan kadınların kontrol grubu ile karşılaştırıldığında yetişkinlikte psikiyatrik bozukluk, düşük benlik saygısı, kendine zarar verme, artmış cinsel problemler, ergen gebeliği, yakın ilişkilerde zorluklar, boşanma ve ayrılmanın artmış olasılığı gibi bir dizi olumsuz sonuçla karşılaştığı görülmüştür (Romans ve ark., 1997). Yine kadınlarla yapılan bir çalışmada, çocukken cinsel istismara uğrayan kadınların, maruz kaldıkları istismarın ciddiyeti arttıkça yetişkinlikteki psikopatolojilerinin de ağırlaştığı görülmüştür. Çocukken istismara maruz kalanlar arasında madde kötüye kullanım ve intihara yönelik davranışların da daha yaygın olduğu görülmüştür (Mullen ve ark., 1993).

Duygusal ihmal ve psikolojik istismarın en yaygın çocukluk travması olduğu bir örnekleme yapılan çalışmada, yetişkinlikte görülen psikiyatrik bozuklukla çocukluk çağı travması arasında ilişki olduğu saptamıştır. Çocukluk çağı travması olan yetişkinlerin anksiyete ve depresif bozukluklar açısından yüksek risk taşıdıkları görülmüştür (Hovens ve ark., 2010). Çocukluk travması ve yetişkinlikteki depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, çocukluk travması ile depresyonun kronisitesi, depresif semptomların ciddiyeti, başlangıç yaşı arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür (Wiersma ve ark., 2009). Prospektif bir çalışmada, katılımcılarla 20 yıl sonra yapılan değerlendirme sonucunda çocuklukta cinsel, fiziksel istismar ve ihmale uğradığı tespit edilen katılımcılarda kontrol grubuna göre daha yüksek oranda distimi ve antisosyal kişilik bozukluğu olduğu görülmüştür. Ayrıca çocukluğunda istismara ve ihmale uğramış kadın katılımcılarda kontrol grubuna göre daha fazla alkol kullanımı olduğu görülmüştür (Horwitz ve ark., 2001).

1.3.ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VE BİPOLAR BOZUKLUK

Çocukluk çağı travmasının duygu durum ve kişilik bozuklukları gibi birçok ruh sağlığı problemi ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bipolar bozukluğu olan hastaların, unipolar bozukluğu olan hastalara göre daha sıklıkla çocukluk çağı travması rapor ettikleri görülmektedir (Hyun ve ark., 2000).

Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğu olan hastaların yaklaşık %50'sinde çocukluk çağı travması ve duygusal istismar öyküsünün olduğu gözlenmiştir (Lee ve Galyner, 2010). Bipolar bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların %37'sinin duygusal istismar, %24'ünün fiziksel istismar ve %21'inin cinsel istismar, %24'ünün duygusal ihmal ve %12'sinin de fiziksel ihmale maruz kaldıkları tespit edilmiştir (Garno ve ark., 2005). Bir başka çalışmada da araştırmaya katılan bipolar bozukluğu olan hastaların %30'unun çocukluk çağı travmasına sahip olduğu, %62'sinin de yetişkinlik travmasına sahip olduğu belirtilmiştir (Maguire ve ark., 2008).

Yapılan bir geriye dönük çalışmada, çocukluk çağı travmasının bipolar bozukluğu olan hastalarda, normal katılımcılara göre daha sıklıkla görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmada iki ya da daha fazla türde travmaya maruz kalmanın bipolar bozukluk riskini üç kat arttırdığı belirtilmiştir (Etain ve ark., 2008). Bipolar bozukluğu olan hastalarla yapılan kontrol gruplu bir çalışmada, bipolar bozukluğu olan hastaların çocukluk çağı travma ölçeğinden aldıkları puanların daha yüksek olduğu, istismar türleri arasından sadece duygusal istismarın bipolar bozukluk ile ilişkili olduğu sonucunda ulaşılmıştır (Etain, 2010).

Unipolar ve bipolar hastalarla yürütülen bir çalışmada, bipolar bozukluğu olan hastaların unipolar hastalara göre daha fazla cinsel istismar rapor ettikleri görülmüştür. Fiziksel istismar oranları tanıya göre farklılaşmamaktayken, hem cinsel hem fiziksel istismar görenlerin çoğunlukla bipolar bozukluğu olan hastalar olduğu görülmüştür (Hyun ve ark., 2000). Bipolar I ya da II tanısı almış olan hastalarla yapılan bir araştırmada, çocuk ya da ergenlikte fiziksel ya da cinsel istismara uğrayan hastalarda ergen başlangıçlı bipolar bozuklukla birlikte Eksen I,II ya da III komorbid bozukluklara sahip oldukları, ayrıca yüksek oranda intihar eğilimi ve hızlı döngü sayısında fazlalık olduğu görülmüştür (Leverich ve ark., 2002).

Bir derleme çalışmasında, çocukluk çağı kötüye kullanımı ve bipolar bozukluk arasındaki ilişkiyi inceleyen yaklaşık dört yüz elli makale ele alınmıştır. Bu çalışmanın sonucunda çocukluk çağı ihmal ve istismarının bipolar bozuklukta erken başlangıç, intihar davranışları ve madde kötüye kullanım bozukluğu ile ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca çocukluk çağı travması olan hastaların, travması olmayan hastalara göre daha yüksek sayıda duygu durum epizodu ve psikiyatrik eş tanı, daha ciddi semptomlar yaşadıkları belirtilmiştir (Daruy-filho ve ark., 2011).

Çocukluk çağı travmasının olumsuz tıbbi ve psikiyatrik sonuçlarla ilişkisi olduğu bilinmesine rağmen, bipolar bozukluk üzerinde istismarın boylamsal etkisi hakkında çok az şey bilinmektedir (Leverich ve Post, 2006). Özellikle Türkiye’de bu alanda yapılmış pek fazla çalışma bulunmamaktadır. Bu araştırmanın amacı da bipolar bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travması geçmişinin araştırılmasıdır.

BÖLÜM 2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu araştırma, bipolar bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travması geçmişinin varlığını incelemek amacıyla yapılmıştır. Tarama modelindedir.

2.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Bu çalışmada, NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi'nde son iki yıl içinde DSM-IV e göre İki uçlu duygu durum bozukluğu, manik dönem tanısıyla yatarak tedavi gören, 18-65 yaş arası (n=50) olgu ve bu grupla yaş, cinsiyet ve öğrenim düzeyi yönünden eşleştirilmiş olan normal kontrol grubu (n=38) değerlendirilmiştir. Olgulara ait veriler hastane yatış dosyalarının geriye dönük taranması ile elde edilmiştir.

2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler araştırmacı tarafından katılımcıların bireysel olarak doldurdukları soru formu kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada kullanılan soru formu 28 sorudan oluşmaktadır.

2.3.1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bernstein ve ark. (1994) tarafından çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarı ve duygusal ve fiziksel ihmali belirlemek amacıyla geliştirilen ölçek toplam 28 maddeden oluşmaktadır.

Şar ve ark. (2012) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin, iç tutarlılık katsayısı $\alpha=.97$ olarak bulunmuştur. Yapılan test-tekrar-test testinde de korelasyon kat sayısı $r=.90$ ($p<.001$) olarak bulunmuştur. Buna göre yapılan uyarlamanın güvenilir ve geçerli olduğu yazarlar tarafından belirtilmiştir.

2.3.2. CTQ Puanlarının Hesaplanması

Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği'nde; 5 alt alan mevcuttur. Bu alanların kesim noktaları aşağıda sıralanan maddelere göre değerlendirilmektedir.

Fiziksel İhmal maddeleri;	1-2-4-6-26	(cut off: 7)
Duygusal İhmal maddeleri;	5-7-13-19-28	(cut off: 12)
Fiziksel İstismar maddeleri;	9-11-12-15-17	(cut off: 5)
Duygusal İstismar maddeleri;	3-8-14-18-25	(cut off: 7)
Cinsel İstismar maddeleri;	20-21-23-24-27	(cut off: 5)

Çocukluk çağı travma puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür). Beş alt puanın toplamı CTQ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyonla ilgili (madde 10, 16 ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunları hepsi 1 puan olarak sayılır. Bunların toplanması ile 0-3 puan arasın da bir minimizasyon puanı elde edilir. Beş alt alandan alınan puanlar toplanarak ÇÇTÖ toplam puan oluşturulur. Toplam puan ve kesim noktası (cut off) 35'tir

“Türkiye’ de CTQ puanlarının kesim noktaları konusunda şimdi yedek herhangi bir düzey bilinmemekte idi. Bu çalışmanın bulguları cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının, yani sorulardan herhangi birine en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesinin pozitif bildirim olarak sayılması gerektiğini düşündürmektedir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan düzeyine çekilebileceği anlaşılmaktadır. Toplam puan için bu sınırın 35 dolayın da olabileceği görülmektedir. Ancak bu bulguların yeni çalışmalarla doğrulanması ve gerekirse değiştirilmesi gerekmektedir ” (Şar, Öztürk, 2012).

2.3.3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Young ve arkadaşları 1978 de mani derecelendirme ölçeğini geliştirdiler. Bu test 11 maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi içeren bir ölçektir. Beşinci, altıncı, sekizinci ve dokuzuncu maddeler, iletişime girilmesi güç olan hastaların ayırt edilmesini sağlamaktadır.

Ölçekteki maddeler, BPB'un manik dönemindeki tanımlanmış çekirdek belirtileri (hafiften ağıra doğru derecelendirecek biçimde) kapsamaktadır. Ölçeğin doldurulması hastayla son 48 saatlik süre dilimi içindeki durumu esas alınarak yapılan görüşmeye ve görüşme sırasındaki gözlemlere dayanarak yapılmıştır. İki bağımsız görüşmecinin toplam puanlar arasındaki doğrusal bağıntı katsayısı 0,93 ve her bir madde puanları arasındaki doğrusal bağıntı katsayılarının 0,66–0,92 arasında değiştiği bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında iç tutarlık katsayısı %79 olarak hesaplanmış ve çalışmacıların ölçek maddeleri arasındaki fikir birliği % 63,3-% 95,5, kapa değerleri 0,114-0,849 arasında bulunmuştur.

BÖLÜM 3. BULGULAR

3.1.VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır.

Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında Pearson korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır. Korelasyon analizi sürekli değişkenler arasında doğrusal ilişkinin kuvveti (derecesi) ve yönünü belirlemek üzere uygulanır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında nedensellik ilişkisini belirlemek üzere; bağımsız değişkenler

yardımıyla zor elde edilen bağımlı değişken değerini kestirmek için regresyon analizi uygulanır (http://www.istatistikanaliz.com/regresyon_analizi.asp).

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.



3.2.HASTA VE KONTROL GRUPLARI ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 1. Gruplara Göre Tanımlayıcı Özellikler

		Hasta		Kontrol		p
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	26	%52,0	19	%50,0	$\chi^2=0,035$ $p=0,512$
	Erkek	24	%48,0	19	%50,0	
Öğrenim Düzeyi	İlköğretim	5	%10,0	8	%21,1	$\chi^2=2,522$ $p=0,283$
	Lise Mezunu	23	%46,0	13	%34,2	
	Üniversite Mezunu	22	%44,0	17	%44,7	

Cinsiyet değişkenine göre iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=0,035$; $p=0,512>0.05$). Hasta grubunun 26'sının (%52,0) kadın, 24'ünün (%48,0) erkek; kontrol grubunun 19'unun (%50,0) kadın, 19'unun (%50,0) erkek olduğu görülmektedir.

Öğrenim Düzeyi açısından da iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=2,522$; $p=0,283>0.05$). Hasta grubundaki bireylerin 5'inin (%10,0) ilköğretim, 23'ünün (%46,0) lise mezunu, 22'sinin (%44,0) üniversite mezunu; kontrol grubundakilerin 8'inin (%21,1) ilköğretim, 13'ünün (%34,2) lise mezunu, 17'si (%44,7) üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Gruplara Göre Yaş Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Yaş	Hasta	50	31,840	8,897	-1,382	0,149
	Kontrol	38	34,158	6,025		

Araştırmaya katılan hastaların yaş puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3. ÇÇTÖ Puanlarının Gruplara Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
ÇÇTÖ Toplam	Hasta	50	43,720	17,031	3,564	0,000
	Kontrol	38	33,526	5,140		
Fiziksel İhmal	Hasta	50	7,960	2,733	1,529	0,130
	Kontrol	38	7,158	1,980		
Duygusal İhmal	Hasta	50	11,960	4,836	2,252	0,027
	Kontrol	38	9,921	3,191		
Fiziksel İstismar	Hasta	50	7,520	4,816	2,575	0,006
	Kontrol	38	5,421	1,621		
Duygusal İstismar	Hasta	50	9,540	5,156	4,191	0,000
	Kontrol	38	5,868	1,818		
Cinsel İstismar	Hasta	50	6,720	3,476	2,784	0,003
	Kontrol	38	5,132	0,578		

Araştırmaya katılan hastaların ÇÇTÖ toplam puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=3.564$; $p=0.000<0,05$). Hasta grubunun ÇÇTÖ toplam puanları ($x=43,720$), kontrol grubunun ÇÇTÖ toplam puanlarından ($x=33,526$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların duygusal ihmal puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2.252$; $p=0.027<0,05$). Hasta grubun duygusal ihmal puanları ($x=11,960$), kontrol grubunun duygusal ihmal puanlarından ($x=9,921$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların fiziksel istismar puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2.575$; $p=0.006<0,05$). Hasta grubun fiziksel istismar puanları ($x=7,520$), kontrol grubunun fiziksel istismar puanlarından ($x=5,421$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların duygusal istismar puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=4.191$; $p=0.000<0,05$). Hasta grubun duygusal istismar puanları ($x=9,540$), kontrol grubunun duygusal istismar puanlarından ($x=5,868$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların cinsel istismar puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2.784$; $p=0.003<0,05$). Hasta grubun cinsel istismar puanları ($x=6,720$), kontrol grubunun cinsel istismar puanlarından ($x=5,132$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların fiziksel ihmal puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

3.3.HASTA GRUBA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4. Hasta Grubun Tanımlayıcı Özellikleri

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	26	52,0
	Erkek	24	48,0
	Toplam	50	100,0
Öğrenim Düzeyi	İlköğretim	5	10,0
	Lise Mezunu	23	46,0
	Üniversite Mezunu	22	44,0
	Toplam	50	100,0
Meslek	Öğrenci	8	16,0
	Diş Protez Teknisyeni	1	2,0
	Öğretmen	4	8,0
	Doktor	3	6,0
	Ticaret	10	20,0
	Mimar	3	6,0
	Grafiker	2	4,0
	Web Tasarımcısı	1	2,0
	Emekli	1	2,0
	Ev Hanımı	3	6,0
	Yok	14	28,0
	Toplam	50	100,0
Güncel İş Yaşamı	Var	22	44,0

	Yok	28	56,0
	Toplam	50	100,0
Medeni Durum	Bekar	32	64,0
	Evli	18	36,0
	Toplam	50	100,0
Çocuk Sayısı	,0	36	72,0
	1,0	9	18,0
	2,0	3	6,0
	3,0	2	4,0
	Toplam	50	100,0
Aile Yapısı	Çekirdek	42	84,0
	Parçalanmış	8	16,0
	Toplam	50	100,0
Kardeş Sayısı	1,0	3	6,0
	2,0	29	58,0
	3,0	11	22,0
	4,0	6	12,0
	5,0	1	2,0
	Toplam	50	100,0
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Var	21	42,0
	Yok	29	58,0
	Toplam	50	100,0
Ailede İntihar Öyküsü	Var	4	8,0
	Yok	46	92,0
	Toplam	50	100,0

Aile İçi Şiddet (Öyküde)	Var	11	22,0
	Yok	39	78,0
	Toplam	50	100,0
Aile Dışından Şiddet	Var	7	14,0
	Yok	43	86,0
	Toplam	50	100,0
Cinsel Saldırı	Var	7	14,0
	Yok	43	86,0
	Toplam	50	100,0
Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalık	Var	26	52,0
	Yok	24	48,0
	Toplam	50	100,0
İntihar Girişimi	Var	6	12,0
	Yok	44	88,0
	Toplam	50	100,0
Saldırgan Davranış	Var	15	30,0
	Yok	35	70,0
	Toplam	50	100,0

Hastalar cinsiyet değişkenine göre 26'sı (%52,0) kadın, 24'ü (%48,0) erkek olarak dağılmaktadır.

Hastalar öğrenim düzeyi değişkenine göre 5'i (%10,0) ilköğretim, 23'ü (%46,0) lise mezunu, 22'si (%44,0) üniversite mezunu olarak dağılmaktadır.

Hastalar meslek değişkenine göre 8'i (%16,0) öğrenci, 1'i (%2,0) diş protez teknisyeni, 4'ü (%8,0) öğretmen, 3'ü (%6,0) doktor, 10'u (%20,0) ticaret, 3'ü (%6,0) mimar, 2'si (%4,0) grafiker, 1'i (%2,0) web tasarımcısı, 1'i (%2,0) emekli, 3'ü (%6,0) ev hanımı, 14'ü (%28,0) vasıfsız olarak dağılmaktadır.

Hastalar güncel iş yaşamı değişkenine göre 22'si (%44,0) var, 28'i (%56,0) işsiz olarak dağılmaktadır.

Hastalar medeni durum değişkenine göre 32'si (%64,0) bekar, 18'i (%36,0) evli olarak dağılmaktadır.

Hastalar çocuk sayısı değişkenine göre 36'sı (%72,0) çocuksuz, 9'u (%18,0) 1 çocuklu, 3'ü (%6,0) 2 çocuklu, 2'si (%4,0) 3 çocuk sahibi olarak dağılmaktadır.

Hastaların aile yapısına bakıldığında 42'sinin (%84,0) çekirdek aileye, 8'inin (%16,0) parçalanmış aileye sahip olduğu görülmektedir.

Hastalar kardeş sayısı değişkenine göre 3'ü (%6,0) 1,0, 29'u (%58,0) 2,0, 11'i (%22,0) 3,0, 6'sı (%12,0) 4,0, 1'i (%2,0) 5,0 olarak dağılmaktadır.

Hastalar ailede psikiyatrik hastalık değişkenine göre 21'i (%42,0) var, 29'u (%58,0) yok olarak dağılmaktadır.

Hastalar ailede intihar öyküsü değişkenine göre 4'ü (%8,0) var, 46'sı (%92,0) yok olarak dağılmaktadır.

Hastalar aile içi şiddet değişkenine göre 11'i (%22,0) var, 39'u (%78,0) yok olarak dağılmaktadır.

Hastalar aile dışından şiddet değişkenine göre 7'si (%14,0) var, 43'ü (%86,0) yok olarak dağılmaktadır.

Hastalar cinsel saldırı değişkenine göre 7'si (%14,0) var, 43'ü (%86,0) yok olarak dağılmaktadır.

Hastalar eşlik eden psikiyatrik hastalık değişkenine göre 26'sı (%52,0) var, 24'ü (%48,0) yok olarak dağılmaktadır.

Hastalar intihar girişimi değişkenine göre 6'sı (%12,0) var, 44'ü (%88,0) yok olarak dağılmaktadır.

Hastalar saldırgan davranış değişkenine göre 15'i (%30,0) var, 35'i (%70,0) yok olarak dağılmaktadır.

Tablo 5. Araştırma Değişkenlerinin Ortalama Düzeyleri

	N	Ort.	Ss	Min.	Max.
ÇÇTÖ Toplam	50	43,720	17,031	25,000	110,000
Fiziksel İhmal	50	7,960	2,733	4,000	18,000
Duygusal İhmal	50	11,960	4,836	4,000	25,000
Fiziksel İstismar	50	7,520	4,816	4,000	25,000
Duygusal İstismar	50	9,540	5,156	5,000	24,000
Cinsel İstismar	50	6,720	3,476	4,000	23,000
Young Mani Derecelendirme Ölçeği	50	45,440	6,783	35,000	57,000
Atak Sayısı	50	3,340	2,953	1,000	20,000
Yatış Sayısı	50	2,100	1,930	0,000	12,000
Hastalık Süresi (yıl)	50	6,940	5,930	1,000	27,000
Hastalığın Başlama Yaşı	50	24,940	8,950	10,000	47,000
Yaş	50	31,840	8,897	19,000	55,000
İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi	50	32,140	9,779	10,000	55,000

Araştırmaya katılan hastaların “ÇÇTÖ toplam” düzeyi ($43,720 \pm 17,031$); “fiziksel ihmal” düzeyi ($7,960 \pm 2,733$); “duygusal ihmal” düzeyi ($11,960 \pm 4,836$); “fiziksel istismar” düzeyi ($7,520 \pm 4,816$); “duygusal istismar” düzeyi ($9,540 \pm 5,156$); “cinsel istismar” düzeyi ($6,720 \pm 3,476$) bulunmuştur.

Hasta olguların Young Mani Derecelendirme Ölçek skoru ortalama ($45,440 \pm 6,783$); “atak sayısı” ortalama ($3,340 \pm 2,953$); “hastanede yatış sayısı” ortalama ($2,100 \pm 1,930$); “hastalık süresi” ortalama ($6,940 \pm 5,930$ yıl) olarak saptanmıştır.

Grubun “yaş” ortalaması ($31,840 \pm 8,897$) yıl olarak saptanırken; “hastalığın başlama yaşı” ($24,940 \pm 8,950$) olarak saptanmıştır.

Hasta grubunda “İşlevselliğin genel değerlendirilmesi skoru” ($32,140 \pm 9,779$); olarak saptanmıştır.

Tablo 6. Değişkenler İçerisindeki İlişkiler

		ÇÇTÖ Toplam	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Fiziksel İstismar	Duygusal İstismar	Cinsel İstismar	Young Mani	Atak Sayısı	Yatış Sayısı	Hastalık Süresiyl	Başlama Yaşı	Yaş
ÇÇTÖ Toplam	r	1,00											
	p	0,00											
Fiziksel İhmal	r	0,72**	1,00										
	p	0,00	0,00										
Duygusal İhmal	r	0,85**	0,72**	1,00									
	p	0,00	0,00	0,00									
Fiziksel İstismar	r	0,87**	0,59**	0,60**	1,00								
	p	0,00	0,00	0,00	0,00								
Duygusal İstismar	r	0,87**	0,44**	0,68**	0,73**	1,00							
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							
Cinsel İstismar	r	0,66**	0,38**	0,38**	0,52**	0,44**	1,00						
	p	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00						
Young Mani	r	-0,15	-0,30*	-0,13	-0,23	-0,12	0,12	1,00					
	p	0,29	0,03	0,39	0,11	0,42	0,42	0,00					
Atak Sayısı	r	0,05	0,14	0,11	0,01	-0,09	0,09	0,10	1,00				
	p	0,71	0,33	0,46	0,98	0,54	0,53	0,51	0,00				
Yatış Sayısı	r	-0,04	-0,01	-0,07	-0,10	-0,10	0,10	0,01	0,80**	1,00			
	p	0,79	0,94	0,65	0,51	0,50	0,51	0,95	0,00	0,00			
Hastalık Süresiyl	r	0,15	0,14	0,20	0,12	0,04	0,08	-0,09	0,66**	0,48**	1,00		
	p	0,30	0,32	0,17	0,40	0,78	0,57	0,56	0,00	0,00	0,00		
Hastalığın Başlama Yaşı	r	-0,19	-0,03	-0,15	-0,20	-0,22	-0,12	-0,03	-0,25	-0,16	-0,34*	1,00	
	p	0,18	0,82	0,29	0,17	0,13	0,42	0,86	0,08	0,28	0,02	0,00	
Yaş	r	-0,10	0,06	-0,02	-0,11	-0,19	-0,06	-0,09	0,19	0,17	0,34*	0,77**	1,00
	p	0,51	0,67	0,87	0,43	0,18	0,69	0,56	0,18	0,24	0,02	0,00	0,00

Fiziksel ihmal ve ÇÇTÖ toplam puanı arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.724$; $p=0,000<0.05$). Duygusal İhmal ve ÇÇTÖ toplam puanı arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.848$; $p=0,000<0.05$). Duygusal ihmal ve Fiziksel ihmal arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.724$; $p=0,000<0.05$). Fiziksel İstismar ve ÇÇTÖ toplam puanı arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.87$; $p=0,000<0.05$). Fiziksel istismar ve Fiziksel ihmal arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.586$; $p=0,000<0.05$). Fiziksel istismar ve Duygusal ihmal arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.599$; $p=0,000<0.05$). Duygusal istismar ve ÇÇTÖ toplam puanı arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.865$; $p=0,000<0.05$). Duygusal istismar ve Fiziksel ihmal arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.443$; $p=0,001<0.05$). Duygusal istismar ve Duygusal ihmal arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.683$; $p=0,000<0.05$). Duygusal istismar ve Fiziksel istismar arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.729$; $p=0,000<0.05$). Cinsel istismar ve ÇÇTÖ toplam puanı arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.663$; $p=0,000<0.05$). Cinsel istismar ve Fiziksel ihmal arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.379$; $p=0,007<0.05$). Cinsel istismar ve Duygusal ihmal arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.384$; $p=0,006<0.05$). Cinsel istismar ve Fiziksel istismar arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.522$; $p=0,000<0.05$). Cinsel istismar ve Duygusal istismar arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.442$; $p=0,001<0.05$). Young Mani ve Fiziksel ihmal arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=-0.304$; $p=0,032<0.05$). Hastaneye yatış sayısı ve atak sayısı arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.796$; $p=0,000<0.05$). Hastalık süresi ve Atak sayısı arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.655$; $p=0,000<0.05$). Hastalık Süresi ve yatış sayısı arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.478$; $p=0,000<0.05$). Hastalığın başlama yaşı ve hastalık süresi arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=-0.337$; $p=0,017<0.05$). Yaş ve hastalık süresi arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.335$; $p=0,017<0.05$). Yaş ve hastalığın başlama yaşı arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı

ilişki bulunmaktadır ($r=0.774$; $p=0,000<0.05$). Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 7. Çocukluk Çağı Travmasının Young Mani DÖ Puanları Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Young Mani	Sabit	48,097	18,067	0,000	1,145	0,290	0,003
	ÇÇTÖ Toplam	-0,061	-1,070	0,290			

ÇÇTÖ toplam puanı ile Young Mani Derecelendirme ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=1,145$; $p=0,290>0,050$).

Tablo 8. Çocukluk Çağı Travması Alt Grup Puanlarının Young Mani DÖ Puanları Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Young Mani	Sabit	48,796	15,934	0,000	2,361	0,055	0,122
	Fiziksel İhmal	-1,104	-2,086	0,043			
	Duygusal İhmal	0,372	1,101	0,277			
	Fiziksel İstismar	-0,376	-1,184	0,243			
	Duygusal İstismar	-0,080	-0,264	0,793			
	Cinsel İstismar	0,681	2,200	0,033			

Fiziksel ihmal, Duygusal ihmal, Fiziksel istismar, Duygusal istismar, Cinsel istismar ile Young Mani ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=2,361$; $p=0,055>0,050$).

Tablo 9. Çocukluk Çağı Travmasının Young Mani Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Young Mani	Sabit	51,447	17,930	0,000	4,888	0,032	0,074
	Fiziksel İhmal	-0,755	-2,211	0,032			

Fiziksel ihmal ile Young Mani DÖ puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan Aşamalı regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=4,888; p=0,032<0.05). Young mani puanının belirleyicisi olarak Fiziksel ihmal değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görülmüştür (R2=0,074). Hastaların Fiziksel ihmal düzeyi Young Mani düzeyini azaltmaktadır (β =-0,755).

Tablo 10. Cinsiyete Göre Young Mani DÖ ve ÇÇTÖ Puan Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Young Mani	Kadın	26	44,692	7,320	-0,808	0,423
	Erkek	24	46,250	6,201		
Ççtö Toplam	Kadın	26	45,769	21,276	0,884	0,371
	Erkek	24	41,500	10,770		
Fiziksel İhmal	Kadın	26	7,923	3,199	-0,098	0,922
	Erkek	24	8,000	2,187		
Duygusal İhmal	Kadın	26	12,538	5,659	0,878	0,384
	Erkek	24	11,333	3,773		
Fiziksel İstismar	Kadın	26	8,269	6,188	1,149	0,245
	Erkek	24	6,708	2,545		
Duygusal İstismar	Kadın	26	10,000	5,699	0,653	0,517
	Erkek	24	9,042	4,563		
Cinsel İstismar	Kadın	26	7,038	4,219	0,670	0,506

	Erkek	24	6,375	2,482		
--	-------	----	-------	-------	--	--

Araştırmaya katılan hastaların YMDÖ, ÇÇTÖ, ö toplam, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11. Öğrenim Düzeyine Göre Young Mani DÖ ve ÇÇTÖ Puanlarının Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	P
Young Mani	İlköğretim	5	43,800	5,891	0,442	0,646
	Lise Mezunu	23	44,870	5,972		
	Üniversite Mezunu	22	46,409	7,836		
ÇÇTÖ Toplam	İlköğretim	5	45,400	5,128	0,070	0,933
	Lise Mezunu	23	42,783	14,845		
	Üniversite Mezunu	22	44,318	20,950		
Fiziksel İhmal	İlköğretim	5	8,200	3,421	0,090	0,915
	Lise Mezunu	23	7,783	2,215		
	Üniversite Mezunu	22	8,091	3,161		
Duygusal İhmal	İlköğretim	5	12,800	5,404	0,081	0,923
	Lise Mezunu	23	11,870	4,655		
	Üniversite Mezunu	22	11,864	5,111		
Fiziksel İstismar	İlköğretim	5	6,800	2,049	0,102	0,903
	Lise Mezunu	23	7,391	4,600		
	Üniversite Mezunu	22	7,818	5,560		

Duygusal İstismar	İlköğretim	5	10,000	3,606	0,075	0,928
	Lise Mezunu	23	9,739	5,471		
	Üniversite Mezunu	22	9,227	5,291		
Cinsel İstismar	İlköğretim	5	6,400	1,673	0,577	0,565
	Lise Mezunu	23	6,217	2,088		
	Üniversite Mezunu	22	7,318	4,735		

Araştırmaya katılan hastaların Young Mani, ÇÇTÖ toplam, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar puanları ortalamalarının öğrenim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 12. Young Mani ve ÇÇTÖ puanlarının Güncel İş Yaşamına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	P
Young Mani	Var	22	45,727	7,446	0,263	0,794
	Yok	28	45,214	6,344		
ÇÇTÖ Toplam	Var	22	45,864	20,169	0,786	0,436
	Yok	28	42,036	14,258		
Fiziksel İhmal	Var	22	8,364	3,215	0,924	0,360
	Yok	28	7,643	2,297		
Duygusal İhmal	Var	22	12,455	4,405	0,637	0,527
	Yok	28	11,571	5,196		
Fiziksel İstismar	Var	22	8,000	5,615	0,621	0,538

	Yok	28	7,143	4,152		
Duygusal İstismar	Var	22	9,364	5,169	-0,212	0,833
	Yok	28	9,679	5,236		
Cinsel İstismar	Var	22	7,636	4,716	1,683	0,136
	Yok	28	6,000	1,846		

Araştırmaya katılan hastaların Young Mani, ÇÇTÖ toplam, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar puanları ortalamalarının güncel iş yaşamı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13. Medeni Duruma Göre Young Mani ve Çocukluk Çağı TÖ Puan Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	P
Young Mani	Bekar	32	45,500	6,759	0,083	0,935
	Evli	18	45,333	7,021		
ÇÇTÖ Toplam	Bekar	32	43,562	18,500	-0,086	0,932
	Evli	18	44,000	14,552		
Fiziksel İhmal	Bekar	32	7,781	2,848	-0,613	0,543
	Evli	18	8,278	2,562		
Duygusal İhmal	Bekar	32	12,125	5,179	0,319	0,751
	Evli	18	11,667	4,284		
Fiziksel İstismar	Bekar	32	7,312	4,915	-0,403	0,689
	Evli	18	7,889	4,751		
Duygusal İstismar	Bekar	32	9,562	5,441	0,041	0,968

	Evli	18	9,500	4,756		
Cinsel İstismar	Bekar	32	6,781	3,765	0,164	0,870
	Evli	18	6,611	2,993		

Araştırmaya katılan hastaların young mani, ççtö toplam, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar puanları ortalamalarının medeni hal değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14. Young Mani ve Çocukluk Çağı Travma Ö. Puanlarının Aile yapısına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Young Mani	Çekirdek	42	45,643	6,614	0,481	0,633
	Parçalanmış	8	44,375	8,017		
ÇÇTÖ Toplam	Çekirdek	42	43,310	14,685	-0,387	0,700
	Parçalanmış	8	45,875	27,586		
Fiziksel İhmal	Çekirdek	42	7,929	2,362	-0,184	0,854
	Parçalanmış	8	8,125	4,422		
Duygusal İhmal	Çekirdek	42	11,833	4,611	-0,421	0,676
	Parçalanmış	8	12,625	6,209		
Fiziksel İstismar	Çekirdek	42	7,476	4,506	-0,146	0,885
	Parçalanmış	8	7,750	6,585		
Duygusal İstismar	Çekirdek	42	9,500	5,086	-0,124	0,901
	Parçalanmış	8	9,750	5,874		
Cinsel İstismar	Çekirdek	42	6,548	2,734	-0,801	0,648
	Parçalanmış	8	7,625	6,301		

Araştırmaya katılan hastaların young mani, t toplam, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar puanları ortalamalarının aile yapısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Young Mani ve t Puanlarının Ailede Psikiyatrik Hastalık Varlığına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	P
Young Mani	Var	21	43,762	7,217	-1,508	0,138
	Yok	29	46,655	6,298		
t Toplam	Var	21	44,476	21,358	0,265	0,792
	Yok	29	43,172	13,454		
Fiziksel İhmal	Var	21	8,048	3,057	0,191	0,849
	Yok	29	7,897	2,526		
Duygusal İhmal	Var	21	11,857	5,534	-0,127	0,900
	Yok	29	12,034	4,363		
Fiziksel İstismar	Var	21	8,571	5,862	1,324	0,192
	Yok	29	6,759	3,823		
Duygusal İstismar	Var	21	9,619	5,545	0,091	0,928
	Yok	29	9,483	4,954		
Cinsel İstismar	Var	21	6,381	3,981	-0,583	0,563
	Yok	29	6,966	3,111		

Araştırmaya katılan hastaların young mani, t toplam, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar puanları ortalamalarının

ailede Psikiyatrik hastalık varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16. Young Mani ve Çocukluk Çağı Travmasının Ailede İntihar Öyküsüne Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	P
Young Mani	Var	4	43,000	6,782	-0,747	0,459
	Yok	46	45,652	6,816		
ÇÇTÖ Toplam	Var	4	35,250	2,217	-1,038	0,305
	Yok	46	44,457	17,566		
Fiziksel İhmal	Var	4	7,000	1,633	-0,729	0,470
	Yok	46	8,043	2,804		
Duygusal İhmal	Var	4	9,500	1,732	-1,062	0,294
	Yok	46	12,174	4,968		
Fiziksel İstismar	Var	4	6,500	1,291	-0,438	0,663
	Yok	46	7,609	5,004		
Duygusal İstismar	Var	4	7,000	1,414	-1,028	0,309
	Yok	46	9,761	5,309		
Cinsel İstismar	Var	4	5,250	0,500	-0,880	0,383
	Yok	46	6,848	3,596		

Araştırmaya katılan hastaların young mani, ççtö toplam, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar puanları ortalamalarının ailede intihar öyküsü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17. Young Mani Ve Çocukluk Çağı Travmasının aile içi şiddet öyküsüne Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Young Mani	Var	11	46,000	6,753	0,307	0,760
	Yok	39	45,282	6,871		
ÇÇTÖ Toplam	Var	11	56,091	20,574	2,932	0,005
	Yok	39	40,231	14,346		
Fiziksel İhmal	Var	11	8,545	2,505	0,802	0,427
	Yok	39	7,795	2,802		
Duygusal İhmal	Var	11	16,455	4,480	3,985	0,000
	Yok	39	10,692	4,169		
Fiziksel İstismar	Var	11	9,909	7,259	1,913	0,203
	Yok	39	6,846	3,731		
Duygusal İstismar	Var	11	13,909	6,978	3,536	0,026
	Yok	39	8,308	3,792		
Cinsel İstismar	Var	11	7,273	3,101	0,593	0,556
	Yok	39	6,564	3,597		

Araştırmaya katılan hastaların ÇÇTÖ toplam puanları ortalamalarının aile içi şiddet öyküsü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2.932$; $p=0.005<0,05$). Aile içi şiddet öyküsü olanların ÇÇTÖ toplam puanları ($x=56,091$), aile içi şiddet öyküsü olmayanların ÇÇTÖ toplam puanlarından ($x=40,231$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların duygusal ihmal puanları ortalamalarının aile içi şiddet öyküsü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=3.985$; $p=0.000<0,05$). Aile içi şiddet öyküsü olanların duygusal

ihmal puanları ($x=16,455$), Aile içi şiddet öyküsü olmayanların duygusal ihmal puanlarından ($x=10,692$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların duygusal istismar puanları ortalamalarının aile içi şiddet öyküsü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=3.536$; $p=0.026<0,05$). Aile içi şiddet öyküsü olanların duygusal istismar puanları ($x=13,909$), Aile içi şiddet öyküsü olmayanların duygusal istismar puanlarından ($x=8,308$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların young mani, fiziksel ihmal, fiziksel istismar, cinsel istismar puanları ortalamalarının aile içi şiddet öyküsü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18. Aile Dışından Şiddet ile Young Mani ve ÇÇTÖ Puanları Arasındaki İlişki

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Young Mani	Var	7	46,714	5,736	0,532	0,597
	Yok	43	45,233	6,976		
ÇÇTÖ Toplam	Var	7	50,286	21,554	1,102	0,276
	Yok	43	42,651	16,238		
Fiziksel İhmal	Var	7	6,714	2,628	-1,310	0,196
	Yok	43	8,163	2,725		
Duygusal İhmal	Var	7	13,571	5,968	0,950	0,347
	Yok	43	11,698	4,658		
Fiziksel İstismar	Var	7	9,571	6,294	1,221	0,228
	Yok	43	7,186	4,537		
Duygusal İstismar	Var	7	12,143	5,490	1,457	0,152

	Yok	43	9,116	5,039		
Cinsel İstismar	Var	7	8,286	3,546	1,294	0,202
	Yok	43	6,465	3,439		

Araştırmaya katılan hastaların young mani, ççtö toplam, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar puanları ortalamalarının aile dışı şiddet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 19. Cinsel Saldırı Öyküsü ile Young Mani ve ÇÇTÖ Puanları Arasındaki İlişki

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Young Mani	Var	7	46,286	8,341	0,353	0,726
	Yok	43	45,302	6,603		
ÇÇTÖ Toplam	Var	7	58,857	30,169	2,693	0,176
	Yok	43	41,256	12,805		
Fiziksel İhmal	Var	7	8,429	4,894	0,485	0,781
	Yok	43	7,884	2,291		
Duygusal İhmal	Var	7	15,000	6,110	1,836	0,072
	Yok	43	11,465	4,490		
Fiziksel İstismar	Var	7	11,429	8,344	2,428	0,203
	Yok	43	6,884	3,762		
Duygusal İstismar	Var	7	13,286	6,184	2,148	0,037
	Yok	43	8,930	4,778		
Cinsel İstismar	Var	7	10,714	6,396	3,672	0,104
	Yok	43	6,070	2,272		

Araştırmaya katılan hastaların duygusal istismar puanları ortalamalarının cinsel saldırı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2.148$; $p=0.037<0,05$). Cinsel saldırıya uğrayanların duygusal istismar puanları ($x=13,286$), cinsel saldırıya uğramayanların duygusal istismar puanlarından ($x=8,930$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların Young Mani, ÇÇTÖ toplam, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, cinsel istismar puanları ortalamalarının cinsel saldırı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20. Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalık Varlığı ile Young Mani ve ÇÇTÖ Puanları Arasındaki İlişki

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Young Mani	Var	26	45,038	6,618	-0,432	0,668
	Yok	24	45,875	7,073		
ÇÇTÖ Toplam	Var	26	45,385	16,845	0,716	0,478
	Yok	24	41,917	17,405		
Fiziksel İhmal	Var	26	8,346	3,019	1,041	0,303
	Yok	24	7,542	2,377		
Duygusal İhmal	Var	26	12,808	4,825	1,299	0,200
	Yok	24	11,042	4,778		
Fiziksel İstismar	Var	26	7,692	4,297	0,261	0,795
	Yok	24	7,333	5,411		
Duygusal İstismar	Var	26	10,038	4,944	0,708	0,482

	Yok	24	9,000	5,429		
Cinsel İstismar	Var	26	6,692	3,685	-0,058	0,954
	Yok	24	6,750	3,313		

Araştırmaya katılan hastaların young mani, ççtö toplam, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar puanları ortalamalarının eşlik eden psikiyatrik hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 21. İntihar Girişimi Öyküsüne Göre Young Mani ve ÇÇTÖ Puanları Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Young Mani	Var	6	50,667	6,121	2,079	0,043
	Yok	44	44,727	6,614		
ÇÇTÖ Toplam	Var	6	45,833	10,496	0,321	0,750
	Yok	44	43,432	17,804		
Fiziksel İhmal	Var	6	7,500	2,588	-0,436	0,665
	Yok	44	8,023	2,774		
Duygusal İhmal	Var	6	12,000	4,382	0,021	0,983
	Yok	44	11,955	4,941		
Fiziksel İstismar	Var	6	6,500	2,074	-0,549	0,585
	Yok	44	7,659	5,076		
Duygusal İstismar	Var	6	10,667	4,083	0,567	0,574
	Yok	44	9,386	5,306		
Cinsel İstismar	Var	6	8,167	4,309	1,089	0,282
	Yok	44	6,523	3,358		

Araştırmaya katılan hastaların young mani puanları ortalamalarının intihar girişimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2.079$; $p=0.043<0,05$). İntihar girişimi olanların young mani puanları ($x=50,667$), intihar girişimi olmayanların young mani puanlarından ($x=44,727$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların ççtö toplam, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar puanları ortalamalarının intihar girişimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 22. Hastaların Saldırgan Davranış Göstermesi ile Young Mani ve ÇÇTÖ Puanları Arasındaki İlişki

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Young Mani	Var	15	44,933	6,017	-0,343	0,733
	Yok	35	45,657	7,158		
ÇÇTÖ Toplam	Var	15	47,733	23,246	1,093	0,280
	Yok	35	42,000	13,614		
Fiziksel İhmal	Var	15	8,600	3,757	1,086	0,389
	Yok	35	7,686	2,166		
Duygusal İhmal	Var	15	12,733	5,788	0,737	0,465
	Yok	35	11,629	4,420		
Fiziksel İstismar	Var	15	9,133	6,781	1,574	0,230
	Yok	35	6,829	3,585		
Duygusal İstismar	Var	15	10,333	5,924	0,709	0,482

	Yok	35	9,200	4,843		
Cinsel İstismar	Var	15	6,867	4,673	0,193	0,847
	Yok	35	6,657	2,900		

Araştırmaya katılan hastaların Young Mani, ÇÇTÖ toplam, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar puanları ortalamalarının saldırgan davranış değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).



4. BÖLÜM: TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmamızın konusu olan çocukluk çağı travmaları gerek yabancı toplumlar, gerekse kendi toplumumuzda daha çok disosiyatif bozukluklar, konversiyon bozukluğu gibi hastalık gruplarında araştırılmıştır. Biz bu araştırmamızda, biraz daha özgül bir grup olarak, yatarak tedavi gören Bipolar bozukluk hastalarında çocukluk çağı travma öyküsü sıklık ve şiddetinin normal popülasyonla karşılaştırmasını yapmak ve klinik değişkenlerle ilişkisini araştırmak istedik. Her ne kadar biyolojik/genetik faktörlerin baskın olduğu bir hastalık grubu olsa da, klinik görünüm, zamanlama ve semptom polaritesinin sadece bu faktörlerle açıklanamaması, bipolar bozuklukta psikososyal stres faktörlerinin etkisinin daha detaylı araştırılmasını gerekli kılmaktadır. Hastalığın toplum(lar)daki sıklığı da göz önüne alındığında, psikososyal faktörlerin hastalığın başlangıcı, klinik görünümü, seyri ve tedavisi üzerine etkilerini anlamak büyük önem taşımaktadır. (The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive and developmental risk factors Lauren B. Alloy et al., Clinical Psychology Review 25 (2005) 1043-1075). Bu kavrayış, klinikteki çalışmalarımızda psikososyal tedavi müdahalelerinin yöntemini, yoğunluğunu, kapsamını belirlemek açısından da biz profesyoneller için yol gösterici olacaktır.

Kontrol grubumuzda ÇÇTÖ puan ortalaması (33,5) herhangi bir bozukluk göstermeyen üniversite öğrencilerinden elde edilen puan ortalaması (32,9) ile oldukça yakın bulunmuştur (Şar ve ark. 2006). Bu benzerlik, kontrol grubumuzu oluşturan denek seçimimizin araştırma için uygun olduğunu ve gruba ait verilerin hasta grubu verileriyle karşılaştırmaların bizim için yol gösterici olacağını söyleyebiliriz.

Hasta grubunu oluşturan bireylerin 26'sı (%52,0) kadın, 24'ü (%48,0) erkek olarak dağılmaktadır. Öğrenim düzeylerine bakıldığında 5'i (%10,0) ilköğretim, 23'ü (%46,0) lise mezunu, 22'si (%44,0) üniversite mezunu olarak dağılmaktadır. %90'ının lise ve üniversite mezunu olmalarına karşın %28'inin vasıfsız ve %56'sının işsiz olması hastalığın yaşam kalitesini etkileme şiddeti bakımından dikkat çekicidir.

Araştırmaya katılan hasta ve kontrol grubunun ÇÇTÖ toplam puanları grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı olup hasta grubunun ÇÇTÖ

toplam puanları ortalaması (43,7) kontrol grubunun ÇÇTÖ toplam puan ortalamasından (33,5) yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, araştırmanın başlangıcındaki öngörümüzle uyumludur. Çocukluk çağı ihmal ve istismarının disosiyatif bozukluklar başta olmak üzere pek çok psikiyatrik hastalığın gelişiminde rol oynadığı bilinmektedir ve ülkemizde de çeşitli hastalık gruplarında araştırılmıştır. Çalışmamızda yatarak tedavi gören Bipolar bozukluk hastalarının ortalama puanı Şar ve arkadaşlarının çalışmasında disosiyatif belirti gösteren şizofreni hastalarının ortalama puanından (50,0-52,2) düşük, disosiyatif belirti göstermeyen şizofreni hastalarının ortalama puanından (38,3-41,5) yüksek bulunmuştur (Şar ve ark. 2009). Ülkemizden bir diğer çalışmada Konversiyon bozukluğu hastalarının ÇÇTÖ puanı 48,0 olarak bulunmuştur (Şar ve ark. 2010). Klinik belirtiler ve prognoz açısından konversiyon bozukluğundan daha ciddi olduğu bilinen bipolar bozukluk hasta grubumuzda ÇÇTÖ puan ortalamasının konversiyon bozukluğu hastalarına göre düşük bulunması ise dikkat çekicidir (Şar ve ark. 2010). Bizim çalışmamızda hastalardan geçmiş yaşantılarına yönelik bilgi toplanması ve buna bağlı hatırlamayla ilişkili veri kayıpları, hastanın o yaştaki duygu durumunu bilmiyor oluşumuz, yatan hastaların akut dönemde ilaç etkisinde iken ölçeklere verdikleri yanıtların bulguların güvenilirliğini azaltmış olma olasılığı, bu farkın nedeni olabilir. Araştırmanın bir diğer kısıtlılığı, örneklem grubumuzun küçük olması olarak gösterilebilir. Benzer bir çalışmanın, ileriye dönük, veri toplama sürecinin iyi kontrol edildiği daha geniş hasta gruplarıyla yapılması, kuşkusuz daha güvenilir bulgulara ve bilimsel çıkarımlara ulaşmamızı sağlayacaktır.

ÇÇTÖ alt ölçek puanlarına bakıldığında; araştırmaya katılan hasta ve kontrol grubunun duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olup hasta grubun puanları kontrol grubunun puanlarından yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan hasta ve kontrol grubunun fiziksel ihmal puanlarına baktığımızda ise gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Bipolar hastaların ebeveyn tutumları ve bağlanma biçimleri üzerine yapılan araştırmalar, bu ailelerde duygulanımın son derece yüzeysel olduğu, aile dışından kimselerle yakın ilişkilerin olmadığı, ailede annenin baskın figür olduğu, babanın duygusal ve fiziksel olarak ortamda bulunmadığını ortaya koymuştur.

Hastaların kendilerinden ve yakınlarından alınan bilgilere göre; aile dışından şiddete maruz kalma öyküsü %14, cinsel saldırıya maruz kalma öyküsü %14'tür.

Hastalarımızın aile öyküleri incelendiğinde; ailede psikiyatrik hastalık öyküsü %42, intihar öyküsü %8, aile içi şiddet öyküsü %22 oranlarında bildirilmiştir. Bu bulgular da hastaların çocukluk çağında ihmal ve istismar oranlarının yüksekliğini açıklamaya yardımcıdır. Araştırmaya katılan hastaların ÇÇTÖ toplam puanları, duygusal ihmal ve duygusal istismar puanları ortalamaları aile içi şiddet öyküsü olanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aile içi şiddete benzer ağırlıkta sayılabilecek diğer bir travma da cinsel saldırıdır. Araştırmaya katılan hastaların duygusal istismar puanları ortalamalarının cinsel saldırı öyküsüne göre bakıldığında, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Cinsel saldırıya uğrayanların duygusal istismar puanları cinsel saldırıya uğramayanların duygusal istismar puanlarından yüksek bulunmuştur.

Aile içi şiddet ya da cinsel saldırıya maruz kalmanın, yetişme çağındaki çocuk/genç insanın ebeveyn algısının bozulmasına yol açması, sağlıklı duygusal bağlanma, temel güven duygusu geliştirmesinin önüne geçerek duygu durum bozukluğuna zemin hazırlaması öngörülebilir bir sonuç olarak dile getirilmektedir. Ancak araştırma geriye dönük verilere dayandığından, olumsuz yaşam olaylarının hastalığın başlama yaşına göre zamanlaması bilinmemektedir. Dolayısı ile hastalığın bu yaşantıların sebebi mi yoksa sonucu mu olduğuna dair kesin bir çıkarımda bulunmak da mümkün gözükmemektedir. Bu soruların yanıtları, yine ileriye dönük olarak tasarlanmış, kontrollü çalışmalarla mümkün olabilir.

Araştırmaya katılan hastaların Young Mani DÖ, fiziksel ihmal, fiziksel istismar, cinsel istismar puanları ortalamalarının aile içi şiddet öyküsü değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu; çocukluk çağı travma öyküsü olan bireylerde hastalık şiddetinin olmayanlara göre daha ağır olduğunu bildiren çalışma sonuçlarıyla kısmen çelişmektedir. (L.B. Alloy et al.). Hastalar hospitalizasyon döneminde kesitsel olarak hastalık şiddetlerinin 'ağır' olması ile birlikte YMDÖ puanlarının aile içi şiddet öyküsü olanlarda daha yüksek olması beklenirken, anlamlı farkın olmaması, araştırmanın deseni çerçevesinde, araştırılması gereken bir noktadır.

ÇÇTÖ toplam puanı ve alt grup puanları ile Young Mani Derecelendirme Ölçeği puanları arasında cinsiyet, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, aile yapısı, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, ailede intihar öyküsü değişkenlerine göre anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu bulgular, her bir gruba düşen hasta sayısının az olmasıyla, araştırmanın bir kısıtlılığı olarak görülebilir. Daha sonra yapılacak araştırmalarda olgu sayısının yüksek tutulması daha güvenilir sonuçların elde edilmesini sağlayacaktır.

Araştırmaya katılan hastalarda aile dışı şiddete maruz kalan ve kalmayanların Young Mani DÖ, ÇÇTÖ toplam ve alt grup puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların Young Mani, ÇÇTÖ toplam, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, cinsel istismar puanları ortalamalarının cinsel saldırı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsel saldırı öyküde yer almasına karşın ölçekte gösterilememesi, hastaların ölçeği doldurma koşullarının iyi kontrol edilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların Young Mani, ÇÇTÖ toplam, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar puanları ortalamalarının eşlik eden psikiyatrik hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların Young Mani DÖ puanları ortalamalarının intihar girişimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2.079$; $p=0.043<0,05$). İntihar girişimi olanların Young Mani DÖ puanları ($x=50,667$), intihar girişimi olmayanların puanlarından ($x=44,727$) yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların ÇÇTÖ toplam, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar puanları ortalamalarının intihar girişimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan

anlamli bulunmamıştır (p>0,05). Bu bulgunun, daha detayli araştırmalarla desteklenmesi gerekmektedir birlikte, hastalığın biyolojik yönüne vurgu yaptığı da söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların Young Mani DÖ, ÇÇTÖ toplam, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar puanları ortalamalarının saldırgan davranış değişkenine göre anlamli bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamli bulunmamıştır (p>0,05).

Hasta grubunda bipolar bozukluğa eşlik eden psikiyatrik hastalık öyküsü %52, intihar girişimi öyküsü %12 olarak bulunmuştur. Hastaların şimdi ya da geçmiş hastalık dönemlerinde saldırgan davranış gösterme oranı %30 olarak saptanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Epidemiyolojik çalışmalarda, Bipolar bozukluğun toplumda yaygın olarak görülen ve bireyin yaşam kalitesini her yönüyle etkileyen bir hastalık olduğuna işaret etmekte ve her ne kadar biyolojik ve genetik faktörlerin baskın olduğu bir hastalık grubu olsa da, klinik görünüm, zamanlama ve semptom polaritesinin sadece bu faktörlerle açıklanamaması, bipolar bozuklukta psikososyal stres faktörlerinin etkisinin daha detaylı araştırılması gerektiği belirtilmektedir. Yaşamın ilk yıllarında, gelişim sırasında yaşanan olumsuz deneyimlerin yetişkinlikte ruhsal ve fiziksel bozukluklar geliştirmede bir yatkınlık unsuru olabildiğinin altı çizilmektedir. Özellikle anksiyete, duygu durum, disosiyatif ve somatizasyon bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozuklukla çocukluk çağı travması arasında bir ilişki olduğu; olumsuz deneyimlere maruz kalan çocukların depresyon, anksiyete bozuklukları ya da her ikisinin gelişimi açısından artmış risk altında olduğu vurgulanmaktadır. Literatüre bakıldığında bipolar bozukluğu olan hastalarda da yüksek oranda çocukluk çağı travma öyküsüne rastlanmaktadır. Bu çalışmada da bipolar bozukluğu ile çocukluk çağı travması arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmada, NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi'nde son iki yıl içinde İki uçlu duygu durum bozukluğu, manik dönem tanısıyla yatarak tedavi gören, 18-65 yaş arası olgu ve bu gruba yaş, cinsiyet ve öğrenim düzeyi yönünden eşleştirilmiş olan normal kontrol grubu değerlendirilmiştir. Olgulara ait veriler random örnekleme yoluyla seçilen dosyalarının geriye dönük taranması ile elde edilmiştir. Dışlama ölçütlerine göre 50 olguya ait veriler değerlendirmeye alınmıştır. Olgu ve kontrol grubunun Çocukluk Çağı Travma Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır.

Elde edilen veriler incelendiğinde; çalışmaya katılan hasta ve kontrol grubunun ÇÇTÖ toplam puanları grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı olup hasta grubunun ÇÇTÖ toplam puanları ortalaması (43,7) kontrol grubunun ÇÇTÖ toplam puan ortalamasından (33,5) yüksek bulunmuştur. Beklentimizle uyumlu olan bu sonuç, çocukluk çağı ihmal ve istismarının Bipolar bozukluğun gelişiminde etkili olduğu hipotezini destekler niteliktedir.

ÇÇTÖ alt ölçek puanlarından elde ettiğimiz veriler; araştırmaya katılan hasta ve kontrol grubunun duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar puanları ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olup hasta grubun puanlarının kontrol grubunun puanlarından yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların ÇÇTÖ toplam puanları, duygusal ihmal ve duygusal istismar puanları ortalamaları özellikle aile içi şiddet öyküsü olanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların aile öyküleri incelendiğinde; ailede psikiyatrik hastalık öyküsü %42, intihar öyküsü %8, aile içi şiddet öyküsü %22 oranlarında bildirilmiştir. Bu bulgular da hastaların çocukluk çağında ihmal ve istismar oranlarının yüksekliğinin nedenini açıklar niteliktedir.

Aile içi şiddete benzer ağırlıkta sayılabilecek diğer bir travma da cinsel saldırıdır. Bu bağlamda, araştırmaya katılan hastaların duygusal istismar puanları ortalamalarının cinsel saldırı öyküsüne göre bakıldığında, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Cinsel saldırıya uğrayanların duygusal istismar puanları cinsel saldırıya uğramayanların duygusal istismar puanlarından yüksek bulunmuştur. Ayrıca Bipolar hastaların ebeveyn tutumları ve bağlanma biçimleri üzerine yapılan araştırmalar, bu ailelerde duygulanımın son derece yüzeysel olduğu, aile dışından kimselerle yakın ilişkilerin olmadığı, ailede annenin baskın figür olduğu, babanın duygusal ve fiziksel olarak ortamda bulunmadığını ortaya koymuştur.

Sonuç olarak, koruyucu tedavinin süresi düşünülecek olursa, uzun süre takipte tutulan hastaların, psikososyal geçmişinin de bilinmesi ve tıbbi müdahalede travma olgusuna yer verilmesi ve üzerinde çalışılması tedavi başarısı ve hastalığın tekrarlamasının önlenmesi açısından hastalar için kritik önem taşıyan bir nokta olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Her çalışmada olduğu gibi bu çalışmanın da bazı kısıtları bulunmaktadır. Bu araştırma NP hastanesinde yatmış olan 50 hasta üzerinde yapılmıştır. Kontrol grubu olarak herhangi bir psikiyatrik tanı almamış 38 kişi üzerinde çalışma yapılmıştır. Bu sayı araştırmanın sonucu için kısıtlayıcıdır. İleride yapılacak çalışmalarda daha büyük bir örneklem üzerinde ve daha detaylı olarak incelenmesi sonucunda elde edilen verilerin geçerliliğinin daha yüksek olacağı düşünülmektedir.

Örneklem grubu açısından, sosyoekonomik seviye açısından özel bir hastanede yatan hastaların verilerinin kullanılması araştırma için dezavantaj oluşturmaktadır. Hasta portföyünün birbirine yakın olmasının araştırmanın sonucunu etkilemiş olduğu düşünülmektedir. Bu araştırma bir devlet hastanesinde yatan hastalar üzerinde yürütüldüğünde sonuçlar farklı çıkabilir.

Öneriler

1. Bu çalışmada örneklem sınırlı sayıda tutulmuştur; Bipolar bozukluk ve travma çalışmak isteyen araştırmacıların daha büyük bir örneklem ile çalışmaları önerilir.
2. Koruyucu ruh sağlığı programları medyanın bütün organları kullanılarak yaygınlaştırılmalı, toplum travma, uzun dönem etkileri, önlenmesi ve sosyal destek konusunda bilinçlendirilmelidir.
3. Anne babalara yönelik eğitimler artırılmalı, öğretmenler travma konusunda bilinçlendirilmeli ve travmaya maruz kalan çocukların tespitinde önemli rol üstlenmelidirler. Gerektiğinde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile erken müdahale için işbirliği yapabilmeleri sağlanmalıdır.
4. Radyo ve TV programlarında halk Bipolar Bozukluğun gelişim süreçleri ve tedavi takip süreçleri hakkında bilinçlendirilmelidir.
5. Devlet bazında çocuk ruh sağlığı konusunda projeler üretilmeli, çocukluk çağında travmaya maruz kalan çocuklar yakın takip ile tespit edilmeli, bu çocuklara yönelik geliştirilen psikoterapi uygulamalarına ağırlık verilmelidir.

6. Bir çok psikiyatrik rahatsızlıkta travma geçmişine rastlandığı için bu alanda daha ayrıntılı araştırmalar yapılmalı, konunun önemine her fırsatta vurgu yapılmalıdır.
7. Yapılan araştırmalar, bipolar bozukluk hastalarına ilaç sağaltımına ek olarak psikoeğitim verilmesinin önemine değinmektedir. Ailelerin de psikoeğitime dahil edilmesinin mevcut tedaviye daha olumlu yansımakta olduğu görülmüştür.
8. Araştırmalar, içselleştirilmiş damgalamaya yönelik olarak hazırlanan bir psikoeğitim programının bipolar bozukluk hastalarının içselleştirilmiş damgalama düzeylerine olumlu yönde etkisinin olabileceğini ortaya koymuştur. Amaç hastaların özgüvenlerini yeniden kazanmalarına yardımcı olabilmektir.
9. Çocukluk çağında travmaya maruz kalan çocukların korunmasına yönelik caydırıcı ve çocukları korumaya yönelik yasal düzenlemeler titizlikle yapılmalıdır. Yasaların uygulamaya yönelik aksaklıkları takip edilmeli, gerekli adli düzenlemeler yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Akdemir, D. (2002). *Bipolar Affektif Bozukluğun Nörobiyolojisi*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 9(2): 110 – 117.
- Akiskal HS, Downs J, Jordan P, Watson S, Daugherty D, Pruitt DB. (1985). Affective Disorders in Referred Children and Younger Siblings of Manic-Depressives: Mode of Onset and Prospective Course. *Arch Gen Psychiatry*, 42(10):996-1003.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Urosevic, S., Walshaw, P.D., Nusslock, R., Neeren, A.M. (2005). *The Psychosocial Context of Bipolar Disorder: Environmental, Cognitive and Developmental Risk Factor*. Clinical Psychology Review, 25: 1043 – 1075.
- Altınbaş, K., Smith, D.J., Craddock, N. (2011). Rediscovering the Bipolar Spectrum. *Archives of Neuropsychiatry*, 48: 167 – 170.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental bozuklukların tanısasal ve sayımsal el kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV- TR)*. Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington D.C, 2000'den çeviri editörü: Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri, 2001.
- Angst, J. Ve Marneros, A. (2001). Bipolarity From Ancient to Modern Times: Conception, Birth and Rebirth. *Journal of Affective Disorders*, 67: 3 – 19.
- Angst, J. Ve Sellaro, R. (2000). Historical Perspectives and Natural History of Bipolar Disorder. *Biological Psychiatry*, 48 (6): 445 – 457.
- Arısoy, Ö., Oral, E.T. (2009). *Bipolar Bozuklukla İlgili Genetik Araştırmalar: Bir Gözden Geçirme*. Türk Psikiyatri Dergisi, 20(3): 282-293.
- Bahar, G., Savaş, H.A. ve Bakar, A. (2009). *Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(12): 52 – 65.
- Bernstein, D.P.; Fink, L., Handelsman, L.i Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., Ruggiero, J. (1994). *Initial Reliability and validity of a New Retrospective Measure of Child Abuse and Neglect*. The American Journal of Psychiatry, 151(8): 1132-1136.
- Bilir, Ş., Arı, M., Dönmez, N.B. (1986). *4-12 yaşarasındaki 16100 Örselenme Durumu ile İlgili Bir İnceleme*. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi, 1: 7-14.

- Browne, C., Winkelman, C. (2007). *The Effect of Childhood Trauma on Later Psychological Adjustment*. Journal of Interpersonal Violence, 22(6): 684 - 697.
- Daban, C., Vieta, E., Mackin, P. Ve ark. (2005). *Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and Bipolar Disorder*. Psychiatr Clin N Am, 28: 469 – 480.
- Daruy-Filho, L., Brietzke, E., Lafer, B., Grassi-Oliveira, R. (2011). *Childhood Maltreatment and Clinical Outcomes of Bipolar Disorder*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 124: 427 – 434.
- Ellasin, J.W. ve Ross, C.A. (1997). *Childhood Trauma and Psychiatric Symptoms*. Psychological Reports, 80: 447 – 450.
- Etain, B., Henry, C., Bellivier, F., Mathieu, F., Leboyer, M. (2008). *Beyon Genetics: Childhood Affective Trauma in Bipolar Disorder*. Bipolar Disorders, 10: 867 – 876.
- Etain, B., Mathieu, F., Henry, C., Raust, A., Roy, I., Germain, A., Leboyer, M., Bellivier, F. (2010). *Preferential Association Between Childhood Emotional Abuse and Bipolar Disorder*. Journal of Traumatic Stress. 23(3): 376 – 383.
- Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA (2005). *Impact of Childhood Abuse on the Clinical Course of Bipolar Disorder*. Br J Psychiatry, 186:121-125.
- Garno, J.L., Goldberg, J.F., Ramirez, P.M. ve Ritzler, B.A. (2005). *Impact of Childhood Abuse on the Clinical Course of Bipolar Disorder*. British Journal of Psychiatry, 186: 121 – 125.
- Goodwin, G., Sachs, G. (2010). *Bipolar Disorder* (2nd Ed.). Health Press Limited: Oxford.
- Heim, C. Ve Nemeroff, C.B. (2001). *The Role of Childhood Trauma in the Neurobiology of Mood and Anxiety Disorders: Preclinical and Clinical Srudies*. Biol Psychiatry, 49: 1023 – 1039.
- Horwitz, A.V., Cathy, S.W., Mclaughlin, J. Ve White, H.R. (2001). *The Impact of Childhood Abuse and Neglect on Adult Mental Health: A Prospective Study*. Journal of Health and Social Behavior, 42: 184 – 201.
- Hovens, J.G.F.M., Wiersma, J.E., Giltay, E.J., van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B.W.J.H. ve Zitman, F.G. (2010). *Childhood Life Events and Childhood Trauma in Adult Patients with Depressive, Anxiety and Comorbid Disorders vs. Controls*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 66 – 74.

- Hyun M, Friedman SD, Dunner DL. (2000). *Relationship of Childhood Physical and Sexual Abuse to Adult Bipolar Disorder*. *Bipolar Disorders*, 2: 131–135.
- Işık, E. (Ed.). *Duygudurum Bozuklukları, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*. Bipolar Bozukluklar. İstanbul, Görsel Sanatlar Matbaası 2003,467-509.
- Kulaksızoğlu, I.B., Tükel, R., Üçok,A., Yargıç, İ. ve Yazıcı,O. (2009). *Psikiyatri* (1.Baskı). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım veYayınevi.
- Lee, A.M.R. ve Galyner, I.I. (2010). *Violence in Bipolar Disorder: What Role Does Childhood Trauma Play?*. *Psychiatric Times*, 32 – 34.
- Leverich, G.S. ve Post, R.M. (2006). *Course of bipolar Illness After History of Childhood Trauma*. *The Lancet*, 367: 1040 – 1042.
- Leverich, G.S., McElroy, S.L., Suppes, T., Keck, P.E., Denicoff, K.D., Nolen, W.A., Altshuler, L.L., Rush, A.J., Kupka, R., Frye, M.A., Autio, K.A. and Post, R.M. (2002). *Early Physical and Sexual Abuse Associated with and Adverse Course of Bipolar Illness*. *Biological Psychiatry*, 51: 288 – 297.
- Maguire, C., McCusker, C.G., Meenagh, C., Mulholland, C. Ve Shannon, C. (2008). *Effects of Trauma on Bipolar Disorder: the Mediation Role of Interpersonal Difficulties and Alcohol Dependence*. *Bipolar Disorders*, 10: 293 – 302.
- Molnar, B.E., Buka, S.L. ve Kessler, R.C. (2001). *Child Sexual Abuse and Subsequent Psychopathology: Results From the National Comorbidity Survey*. *American Journal of Public Health*, 91 (5): 753 – 760.
- Morrow, J.A., Clayman, S. Ve McDonagh, B. (2012). *In Their Own Voices: Trauma Survivors' Experiences in Overcoming Childhood Trauma*. SAGE Open, 1- 10.
- Mullen, P.E., Judy, M., Anderson, J.C., Romans, S.E. ve Herbison, G.P. (1993). *Childhood Sexual Abuse and Mental Health in Adult Life*. *British Journal of Psychiatry*, 163: 721 – 732.
- Öztürk, O. Ve Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları – I* (11. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Romans, S., Martin, J. Ve Mullen, P. (1997). *Childhood Sexual Abuse and Later Psychological Problems: Neither Necessary, Sufficient nor Acting Alone*. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7: 327: 338.
- Savaş, H.A., Yumru, M. (2006). *Bipolar (İkiuçlu) Bozuklukta Genetik Çalışmalar*. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2(29): 10-16.

- Strober, M., Schmidt-Lackner, S., Freeman, R., Bower, S., Lampert, C. Ve Deantonio, M. (1995). Recovery and Relapse in Adolescents with Bipolar Affective Illness: A Five-Year Naturalistic, Prospective Follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(6): 724-731.
- Şar, V., Öztürk, E. Ve İkikardeş, E. (2012). *Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği*. Türkiye Klinikleri J. Med. Sci., 32(4): 1054 – 1063.
- Şimsek, F., Ulukol, B., Bingöler, B. (2004). *Çocuk İstismarına Disiplin Penceresinden Bakış*. Adli Bilimler Dergisi, 3(1): 47-52.
- Terr, L. C. (1991). *Childhood traumas: An outline and overview*. American Journal of Psychiatry, 148, 10-20.
- Turhan, E., Sangün, Ö., İnandı, T. (2006). *Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi*. STED, 15(9): 153 - 157.
- Watson, S., Gallagher, P., Dougall, D., Porter, R., Moncrieff, J., Ferrier I.N. ve Young, A.H. (2013). *Childhood Trauma in Bipolar Disorder*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.
- <http://anp.sagepub.com/content/early/2013/12/13/0004867413516681>
- Wiersma, J.E., Hovens, J.G., van Oppen, P., Giltay, E.J., van Schaik, D.J., Beekman, A.T. ve Penninx, B.W. (2009). *The Importance of Childhood Trauma and Childhood Life Events for Chronicity of Depression in Adults*. The Journal of Clinical Psychiatry, 70 (7): 983 – 989.
- World Health Organisation. World Report on Violence and Health, Chapter 3, Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers.
- http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap3.pdf?ua=1
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry 1978; 133: 429-35.
- Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13: 107-114.

EKLER: EK -1:

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

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 yatıştırılmayan 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. işbirliğine 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) İçgörü

0. İçgörüsü 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 2

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı:

Tarih:

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

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.					
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailemdelikiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
7. Sevildiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11. Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					
14. Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi.					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailemdelikiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					

21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					



Ad Soyad:Sadakat POSTACI UÇAR

Ünvan:Uzman Klinik Psikolog

Doğum Tarihi:29101980

Adres: Tuzla/İstanbul

Tel:05325616140

Email:sadakatpostaci@hotmail.com

Uzmanlık Alanları

Yetişkin Psikoterapisi

Ergen psikoterapisi

Aile ve Çift Psikoterapisi ve Danışmanlığı

İletişim Sorunları

Kişilik Bozuklukları

Duygudurum Bozuklukları

Anksiyete Bozuklukları

Travmalar ,Travma sonrası Stress Bozukluğu

Fobiler ,Panik Bozukluk

Akademik

2012 Üsküdar üniv.Klinik Psikoloji Yüksek Lisans

2002 Maltepe üniv Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Aldığı Eğitimler

2014 Aile ve Eş Terapisi Eğitimi "Psychomedipe -İlişki Psikoterapileri Enstitüsü

2014 Rorschach Eğitimi "Rorschach ve Projektif Testler Derneği

2010 Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi

2013 Üsküdar üniv Sınav Kaygısı ve Başarı Psikolojisi Eğitimi